FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1928

THÈSE

N° 435

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Fernand LOTTE

Né à Paris, le 31 janvier 1896
Ancien interne des Hôpitaux de Paris
Ancien interne de Saint-Lazare

LA PYODERMITE VÉGÉTANTE D'HALLOPEAU

Président : M. GOUGEROT, *professeur.*

PARIS
LIBRAIRIE LE FRANÇOIS
91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1928

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1928 — THÈSE — N° ...

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Fernand LOTTE

Né à Paris, le 31 janvier 1896
Ancien interne des Hôpitaux de Paris
Ancien interne de Saint-Lazare

LA PYODERMITE VÉGÉTANTE D'HALLOPEAU

Président : M. GOUGEROT, *professeur.*

PARIS
LIBRAIRIE LE FRANÇOIS
91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1928

LE DOYEN. . . M. ROGER.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Clinique médicale	CARNOT. BEZANÇON. ACHARD. WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique de la tuberculose	Léon BERNARD
Clinique chirurgicale	DELBET. HARTMANN LEJARS. GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE. BRINDEAU. JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Professeur sans chaire	BRANCA.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	
BRAMI . . .	Pathologie medicale.
LAJOUANINE.	Neurologie et psychiatrie.
UBERTIN. .	Pathologie médicale.
ASSET . . .	Pathologie chirurgicale.
AUDOUIN. .	Pathologie médicale
INET	Physiologie.
LANCHETIÈRE	Chimie biologique.
ROCQ. . . .	Pathologie chirurgicale
RULÉ. . . .	Pathologie médicale.
ADENAT . .	Pathologie chirurgicale.
HABROL . .	Pathologie médicale.
HIRAY . . .	Pathologie médicale.
LERC. . . .	Pathologie médicale.
EBRÉ	Hygiène.
OGNON. . .	Physique.
ONZELOT . .	Pathologie médicale.
UVOIR . . .	Médecine légale.
CALLE . . .	Obstétrique.
IESSINGER .	Pathologie médicale.
ARNIER . .	Pathologie expérimentale
ATELLIER .	Pathologie chirurgicale.
IROUD . . .	Histologie.
ARVIER. . .	Pathologie médicale.
EITZ-BOYER	Urologie.
OVELACQUE .	Anatomie.
UTINEL. . .	Pathologie médicale.

MM.	
JOYEUX . . .	Parasitologie.
LABBÉ (Henri)	Chimie biologique.
LARDENNOIS	Pathologie chirurgical
LEMAITRE. .	Oto-rhino-laryngologie.
LEROUX. . .	Anatomie pathologique
LÉVY-SOLAL.	Obstétrique.
LHERMITTE .	Pathologie mentale.
LIAN.	Pathologie médicale.
MATHIEU. . .	Pathologie chirurgicale
MERCIER (F.).	Pharmacologie.
METZGER . .	Obstétrique.
MONDOR. . .	Pathologie chirurgicale.
MOURE. . . .	Pathologie chirurgicale.
MULON. . . .	Histologie.
OBERLING. .	Anatomie pathologique.
OLIVIER. . . .	Anatomie.
PHILIBERT. .	Bactériologie.
QUÉNU. . . .	Pathologie chirurgicale
RICHET Fils. .	Physiologie.
SÉZARY . . .	Dermatologie et syphiligraphie.
VALLERY-RADOT (Pasteur) . .	Pathologie médicale.
VAUDESCAL.	Obstétrique
VELTER. . . .	Ophtalmologie.
VERNE. . . .	Histologie.

III.—AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.	
JSQUET.	Pharmacologie.
JÉNIOT.	Obstétrique.
EQUEUX	Obstétrique.
EVEU-LEMAIRE. .	Parasitologie.

MM.	
RETTERER. .	Histologie.
ZIMMERN. . .	Physique.
N.	Pathologie médicale.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNÉ

A TITRE PERMANENT

MM.	
ALGLAVE	Clinique chirurgicale.
AUVRAY	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE	Clinique médicale.
LE LORIER	Clinique obstétricale.

MM.	
LERI	Clinique médicale.
MOCQUOT	Clinique chirurgicale
PROUST	Clinique chirurgicale
SCHWARTZ	Clinique chirurgicale

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé.	Chargé du cours de chirurgie orthopédi chez l'adulte pour les accidentés du trav les mutilés de guerre et les infirmes adul
FREY	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions, ém dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propr leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

A MA FEMME

A MON FILS JEAN-LOUIS

A MON FRÈRE MAURICE

Architecte en Chef des Monuments Historiques

Qui dirigea mes études secondaires.

A MADAME L. CHAUVET

En témoignage de ma profonde gratitude et de ma sincère affection.

MEIS ET AMICIS

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR H. GOUGEROT

Professeur de Clinique des maladies Cutanées et Syphilitiques
Médecin de l'Hôpital Saint-Louis
Président de la Société française
de Prophylaxie Sanitaire et Morale

Qui m'a fait le très grand honneur de m'accueillir comme interne dans son service et de présider cette thèse, en témoignage de mon respectueux attachement.

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR MILIAN

Médecin de l'Hôpital Saint-Louis
Vice-Président de la Société Française de Dermatologie
et Syphiligraphie
Officier de la Légion d'honneur

Qui m'a suggéré l'idée de ce travail et chez qui j'ai fait mes premiers pas dans la Dermatologie, en témoignage de mon admiration et de ma profonde reconnaissance.

Stages :

1914. M. le Docteur LEGRY (Charité)
1919. M. le Docteur LEGRY (Charité)
M. le Professeur LOEPER (Tenon)

Externat :

1920. M. le Professeur agrégé LARDENNOIS (Ivry)
1921. M. le Professeur RATHERY (Tenon)
1922. M. le Professeur RIBIERRE (Laennec) *in memoriam*
1923. M. le Docteur AVIRAGNET (Enfants-Malades)
1923. M. le Docteur MILIAN (Saint-Louis).
1924. M. le Docteur SOUQUES (Salpétrière)

Internat

1925. M. le Docteur BROUARDEL (Necker)
1926. M. le Docteur MILIAN (Saint-Louis)
M. le Docteur LOUSTE (Saint-Louis)
M. le Professeur GOUGEROT (Saint-Louis)
1927. M. le Docteur DEVRAIGNE (Lariboisière)
M. le Docteur MILIAN (Saint-Louis)
1928. M. le Professeur JEANSELME (Saint-Louis)
M. le Professeur GOUGEROT (Saint-Louis)

A MES CONFÉRENCIERS D'INTERNAT

Monsieur le Docteur MOREAU

Monsieur le Docteur DE GENNES

Monsieur le Docteur ALAJOUANINE

Monsieur le Docteur DE GAUDARD D'ALLAINES

Monsieur le Docteur J. C. BLOCH

Médecins et Chirurgiens des Hôpitaux de Paris

A MES CAMARADES DE COMBAT

J. LAPEYRADE

Etudiant en pharmacie, Sergent au 9e Zouaves de marche

Mort au Champ d'Honneur

J. DUPONT

Etudiant en médecine
Médecin sous-aide-major au 9e Zouaves

Mortellement frappé devant Soissons le 18 juillet 1918

ABBÉ J. GUILLEMOT

Caporal-Brancardier au 3e Bataillon du 9e Régiment de Marche de Zouaves

Tué devant Soissons, le 18 juillet 1918.

A MES AMIS

M. le Dr. J. VIBERT, Ancien Interne des Hôpitaux

M. le Dr. M. DUCOURTIOUX. Ancien Interne des Hôpitaux

M. le Dr. M. BAZOGE.

LA PYODERMITE VÉGÉTANTE D'HALLOPEAU

HISTORIQUE

Il existe des « Dermatoses accidentellement végétantes » (Darier) c'est-à-dire que sous des influences variées, des lésions cutanées très différentes peuvent prendre un caractère spécial commun, *le caractère végétant*. Par exemple, certaines bulles de Pemphigus peuvent proliférer secondairement, devenir végétantes ; il en est de même des manifestations cutanées de certaines intoxications : bromides, iodides ; de certaines infections spécifiques : syphilides végétantes, tuberculoses cutanées végétantes, dermato-mycoses végétantes.

Ce caractère végétant est assez fréquent dans les Pyodermites, dans les infections cutanées, d'origine externe et on range actuellement, sous la désignation globale de « pyodermites végétantes » les diverses pyodermites qui présentent ce caractère spécial. Parmi elles, on désigne plus particulièrement sous le nom de Pyodermite végétante d'Hallopeau une dermatose rare, de connaissance assez récente.

En 1889, au Congrès international de Dermatologie de Paris, Hallopeau présenta une observation d'une dermatose qui lui sembla nouvelle et qu'il dénomma : « Dermatite pustuleuse chronique en foyers à progression excentrique ». Il en fit exécuter par Barretta, plusieurs moulages qui occupent au Musée de l'Hôpital Saint-Louis la vitrine n° 9 (Moulages 1325, 1326 et 1344). Au même Congrès, Feulard avait la bonne fortune de présenter un second cas de la même dermatose, dont les moulages numéros 1460 et 1461, de la même vitrine du Musée représentent les aspects les plus typiques. Il suffit de les comparer à ceux d'Hallopeau pour se rendre compte de la parfaite ressemblance des deux cas.

Néanmoins, la nouvelle dermatose d'Hallopeau n'acquiert pas de suite droit de cité dans la nomenclature dermatologique. Ce n'est qu'en 1905 que Gaucher, dans une de ses leçons professorales, en fit une entité clinique qu'il dénomma « Pyodermite Végétante ou Maladie d'Hallopeau », comme un auteur allemand, Ledermann, l'avait déjà proposé en 1904 au congrès de Berlin.

En effet, après l'observation princeps d'Hallopeau suivie de celle de Feulard, différents auteurs s'élevèrent contre leur conception, tendant à faire de cette dermatose une maladie spéciale. Hudelo et Wickham en 1891, suivis par Brocq, Leredde, Danlos, publièrent de nouveaux cas rattachant la maladie d'Hallopeau, soit à la dermatite polymorphe douloureuse de Dühring-Brocq, soit au

Pemphigus végétant de Neumann. Après de nombreuses discussions à la Société de Dermatologie, Hallopeau finit par se rallier à ce point de vue et en 1898, il admit que l'entité morbide qu'il avait décrite, constituait une variété spéciale, pustuleuse et bénigne de la Maladie de Neumann.

En 1906, Gaucher et Malloizel infirmant les travaux précédents, séparèrent à nouveau la maladie d'Hallopeau du Pemphigus Végétant et en firent la « Pyodermite Végétante d'Hallopeau » maladie distincte, ayant ses caractères cliniques et bactériologiques spéciaux.

Peu à peu cependant, des observations étrangères furent publiées dans différents pays, amenant des faits cliniques, mais surtout des recherches bactériologiques et histologiques, ce qui vaut mieux que des discussions. Ce sont les publications de Fordyce, Hartzell, Pusey, Wende et Degroat en Amérique ; Jamieson, Corlett, Crocker et Pernet en Angleterre ; Ledermann en Allemagne.

Toutes ces publications ont trait à des cas décrits par leurs auteurs comme rentrant dans le cadre de la Dermatite pustuleuse chronique en foyers à évolution excentrique d'Hallopeau.

Plusieurs cas nouveaux ont été publiés depuis la guerre par Fischl (1922) Artom (1923) Versari, Bazzoli, Krzywansky (1924) Tschernoguloff, Artom (1925), Grütz, Milian, Oliver O Finnered (1926).

D'autre part, des formes cliniques un peu différentes étaient décrites par Bosellini en Italie (1905).

par De Azua et Sada en Espagne en 1910. En 1912, notre maître, le Professeur Gougerot décrivit au Congrès de Rome sous le nom de « affections tuberculoïdes dues à des bactéries pyogènes » des pyodermites végétantes qui se rapprochent des formes de De Azua et Sada. Le même auteur a également décrit (1er Congrès des Dermatologistes de langue française. Paris, 1922) la *dermo-épidermite pustuleuse miliaire érythémato-squameuse nummulaire et en placards à progression centrifuge*. Nous ne citons cette publication que pour mémoire, afin d'être complet, la dermatose décrite n'étant qu'accessoirement et rarement végétante. Gougerot, cependant, dans sa présentation, cite en note la confusion possible avec la maladie d'Hallopeau.

En 1926, Peyri, au IIIe Congrès des Dermatologistes de langue française, à Bruxelles, dans une communication remarquée, revint sur les formes frustes de pyodermites végétantes décrites par De Azua et Sada et en individualisa trois formes : *pseudo-épithéliomateuse*, *verruqueuse*, *papillomateuse*.

Nous analyserons plus loin en détail cet important travail.

En résumé, après une première période d'une dizaine d'années où l'on refuse à la Maladie d'Hallopeau sa place dans la nosologie, elle acquiert droit de cité sous l'impulsion de Gaucher. Des observations étrangères et françaises en précisent les caractères bactériologiques qui l'éloignent du cadre de la Dermatite de Brocq-Duhring et de la maladie de

Neumann. Les conceptions de De Azua, Sada, Gougerot, et de Peyri élargissent le cadre clinique des pyodermites végétantes.

Nous avons divisé notre étude de la façon suivante : Après un exposé analytique qui s'attache à la description clinique et bactériologique de la Maladie d'Hallopeau, à ses formes cliniques, à son évolution, nous essayons de montrer le bien fondé des idées de Gaucher et les caractères qui distinguent la Pyodermite Végétante d'Hallopeau des dermatoses voisines. Nous nous efforçons de rechercher les causes qui provoquent la *réaction cutanée végétante* spéciale à la maladie.

Nous avons été ainsi amenés à considérer la Pyodermite Végétante d'Hallopeau comme une variété de Staphylococcie cutanée, très proche des Sycosis végétants. Nous étudions ensuite les divers traitements qui ont été proposés et nous avons résumé les observations les plus caractéristiques de la forme pure de Pyodermite Végétante d'Hallopeau et de quelques-unes des formes à type Azua, Gougerot, Peyri, que nous avons pu recueillir personnellement ou retrouver dans la littérature médicale. Etant donnée son importance majeure, nous publions *in extenso* l'observation princeps d'Hallopeau.

Etude analytique de la Pyodermite Végétante.

I. — ÉTUDE CLINIQUE

Le malade atteint de Pyodermite Végétante, n'est pour ainsi dire jamais vu au début de l'affection. Elle dure depuis longtemps, souvent plusieurs mois ou plus, parfois des années, il a vu plusieurs médecins qui ont tenté divers traitements qui n'ont pas amélioré la dermatose. Par grattage, par auto-inoculation, le malade a généralement disséminé un peu partout ses lésions.

Il se présente d'habitude de la façon suivante : il s'agit d'un adulte, le plus souvent un homme, qui présente en divers endroits du tégument cutané, en particulier dans les régions *pileuses*, des placards végétants, mamelonnés, de dimensions variables, souvent considérables, à centre pigmenté brun rougeâtre, à lisière marquée d'un nombre plus ou moins considérable de pustulettes, en général centrées par un poil, qui ne sont autre chose que la staphylopustule banale de Sabouraud, autour d'un orifice pilaire pour centre.

Il nous faut étudier successivement :

la lésion élémentaire,
l'ensemble de l'éruption,
ses localisations,
l'évolution de la dermatose.

a) *La lésion élémentaire.*

Le phénomène initial *est constamment l'apparition d'une vésico-pustule*, du volume d'un grain de millet. Le liquide qu'elle renferme est d'emblée très louche et devient rapidement purulent. Bientôt une petite aréole rouge se manifeste autour de la pustulette, le derme s'indure légèrement à ce niveau. Puis des éléments semblables se forment autour de la pustule initiale et ainsi se trouve constituée, par progession excentrique, une plaque dont les dimensions s'accroissent graduellement.

En quelques jours, les pustules initiales s'ouvrent et font place à des croûtes, en général peu épaisses. Lorsque celles-ci tombent, on ne voit pas d'ulcération, mais une surface d'un rouge sombre qu'entoure un cercle de pustulettes. Les plaques ainsi formées tendent à fusionner, aboutissant aux placards étendus que l'on constate à l'examen du malade. En même temps, chaque point du tégument où s'est développée une pustule devient végétant, ou du moins le derme sous-jacent s'hypertrophie, déterminant une sorte de saillie papuleuse à la place de chaque pustule. De plus, chacun de ces éléments est, en règle générale, *très prurigineux* et le *grat-*

tage, par les auto-inoculations voisines qui en résultent, est une des causes des récidives incessantes et de l'extension progressive de la dermatose.

b) *Les placards.*

Ils comprennent deux parties : le centre, la lisière.

Le centre est la partie la plus ancienne de la lésion. Il est le plus souvent végétant, plus ou moins suintant et présente dans son ensemble un aspect mamelonné qui peut être comparé grossièrement aux condylomes acuminés que l'on voit chez certains individus malpropres. Chaque végétation est *tassée* contre la suivante et elles se déforment par pression réciproque. En écartant la peau à la périphérie du placard, on arrive à faire bâiller quelque peu l'interstice qui sépare chaque végétation des végétations voisines, donnant parfois issue par cette manœuvre à quelques gouttes de sérosité ou de pus franc. On a ainsi, en quelque sorte, *comme l'a montré pour la première fois notre Maître Milian, l'analogue du phénomène obervé quand on presse aux deux extrémités du grand axe d'un Kérion* : l'issue de plusieurs gouttelettes de pus par plusieurs orifices folliculaires : *signe de Milian.*

Peu à peu sous l'influence du traitement antiseptique mis en œuvre, ou parfois spontanément le suintement se tarit, les végétations s'affaissent lentement, laissant à leur place une macule pigmentée brune, très tenace, très longue à s'effacer. Chez un de nos malades, revu deux ans après sa guérison,

la pigmentation des régions auparavant malades était restée très intense, de couleur brun ocre.

La périphérie des placards constitue en quelque sorte la zone active de la lésion, *sa zone d'extension*. Elle présente, nous l'avons dit, de nombreuses pustulettes, à divers stades d'évolution. Il est très fréquent de constater à quelques millimètres de distance de la lisière, des vésico-pustules identiques nés par auto-inoculation, qui sont bientôt absorbées par l'extension du placard

Tantôt la conformation de ces placards est absolument irrégulière, tantôt elle est assez régulièrement polycyclique. En général, les lésions ne sont pas symétriques.

En résumé, selon les propres termes de Hallopeau, le type morbide de la pyodermite végétante est caractérisé par :

« La production successive et ininterrompue, si le traitement n'intervient pas, de foyers de suppuration qui débutent, soit isolément, dans des parties jusque-là indemnes, soit au pourtour d'anciens foyers, par des vésico-pustules miliaires, qui s'accroissent excentriquement, s'accompagnent de tuméfaction avec rougeur des téguments et d'un prurit intense, prennent une forme circulaire, s'unissent en plaques polycycliques, s'éteignent au centre tout en s'agrandissant progressivement et ne laissent généralement d'autres traces que des macules pigmentées. Ils occupent plus particulièrement les régions couvertes de poils ; le cuir chevelu, les aisselles, le pourtour de la vulve, mais on les observe également sur des parties telles que les mains, le tronc et les cuisses. Ils ne sont pas limités à la peau ; la muqueuse buccale présente les mêmes éruptions. Les lésions peuvent également gagner en profondeur ; nous les avons

vues à plusieurs reprises s'étendre au tissu cellulaire sous-cutané et se compliquer ainsi de phlegmons.

Les plaques constituées par les foyers *conglomérés* peuvent atteindre des dimensions considérables ; nous en avons observé à la nuque, sur les fesses et au pourtour de la vulve qui mesuraient plus de 10 centimètres de diamètre. Elles persistent avec une remarquable opiniâtreté et continuent à progresser aussi longtemps qu'elles ne sont pas convenablement traitées. A mesure que leurs boutons se vident et s'éteignent en faisant place à des saillies qui, d'abord rouges, plissées et indurées, s'affaissent graduellement, et se transforment en simples taches pigmentaires, d'abord d'un brun foncé, puis de plus en plus claires, de nouvelles pustules se développent à leur périphérie. A plusieurs reprises, nous avons vu se former, notamment à la main, de vastes phlyctènes remplies de pus. Le plus ordinairement, les lésions disparaissent en laissant seulement après elles une pigmentation d'abord très sombre et d'une persistance remarquable, bien qu'elle finisse à la longue par s'atténuer beaucoup et même s'effacer ; on est surpris de voir ces suppurations, qui souvent paraissent intéresser profondément le derme, ne pas donner lieu à des cicatrices apparentes. Il n'en est pas cependant toujours ainsi, une des suppurations digitales s'est terminée par la perte d'une phalange, et nous avons noté, dans la région fessière, des indurations profondes avec dépression de la surface cutanée dans les parties où ont existé les phlegmons.

Ces suppurations ne s'accompagnent pas de troubles prononcés dans la nutrition générale ; c'est à peine si, dans les moments où les désordres locaux ont été le plus accentués, la température s'est momentanément élevée un peu au-dessus de la normale (37°9). Jamais nous n'avons vu survenir les accès intermittents de la pyémie.

Les foyers se régénèrent le plus souvent au niveau de plaques anciennes ; sans aucun doute, des agents infectieux y séjournent à l'état latent et reprennent après une période d'incubation plus ou moins longue, une nouvelle activité, comme le font les foyers de syphilis et de tuberculose.

La marche de la maladie, les récidives au niveau et au voisinage des anciens foyers, les auto-inoculations ne per-

mettent guère de douter qu'il ne s'agisse là d'une affection parasitaire.

Est-elle liée à la pullulation des microbes vulgaires du pus, de staphylocoques qui trouveraient dans les téguments de notre malade un milieu exceptionnellement favorable à leur multiplication ? S'agit-il d'autres microphytes qui ont échappé à notre observation ?

On tend de plus en plus à attribuer, dans la génèse des maladies infectieuses une importance capitale aux conditions particulières de réceptivité que présentent les différents sujets : peuvent-elles cependant suffire à expliquer pourquoi, chez notre malade, les suppurations multiples après avoir débuté par des pustulettes miliaires, se propagent excentriquement et arrivent à former de larges plaques polycycliques ; pourquoi elles s'étendent au tissu cellulaire sous-cutané ; pourquoi elles laissent à leur suite une pigmentation si prononcée et si persistante ; pourquoi elles envahissent la muqueuse buccale, se reproduisant avec opiniâtreté, aussitôt que l'on cesse de leur faire obstacle : pourquoi enfin, malgré leur étendue en surface et en profondeur, elles ne s'accompagnent d'aucun signe d'infection générale, constituant ainsi un type clinique qui ne rentre dans aucun de nos cadres classiques ? Cela nous paraît bien douteux, et nous admettrons plus volontiers l'hypothèse d'un microbe encore indéterminé, transformant le tissu en un terrain favorable au développement des microbes pyogènes comme peuvent le faire l'achorion, le tricophyton et le bacille de la tuberculose. » Hallopeau (C R. Congrès. Paris, p. 355 et suivantes).

Nous avons cru devoir faire ici cette longue citation d'Hallopeau pour bien préciser les idées de son auteur au sujet de cette dermatose, tant au point de vue clinique qu'au point de vue étiologique.

L'évolution des lésions se fait comme nous l'avons dit par l'affaissement progressif des végétations, *sans cicatrice*, mais avec souvent une pigmentation brunâtre résiduelle pour séquelle.

c) Ces lésions peuvent envahir une grande partie du tégument cutané, *mais elles ont des sièges d'élection*. Ce sont, avant tout, *les régions pileuses*.

La région inguino-pubienne est prise pour ainsi dire constamment, ainsi que les régions génito-crurale, génito-anale, la région péri ombilicale, qui se prennent secondairement par auto-inoculation de voisinage.

Il en est de même pour la région axillaire, pour le cuir chevelu. Dans cette dernière localisation, l'hypertrophie végétante qui succède à l'éruption pustuleuse prend alors une forme remarquable et même étrange qui rappelle la configuration des circonvolutions cérébrales.

Plus accessoirement tous les points du corps peuvent être atteints, notamment les régions pileuses ou duveteuses de la cuisse, de la jambe, des bras ; la face et les doigts. *Les muqueuses* peuvent être atteintes aussi ; le fait est remarquable dans les premières observations publiées, notamment pour la muqueuse buccale où les lésions sont particulièrement rebelles au traitement.

Les régions glabres sont relativement respectées, du moins au début ; elles ne se prennent que secondairement. Les plaques constituées par les foyers conglomérés peuvent atteindre de grandes dimensions : parfois plus de dix centimètres de diamètre. Elles couvraient tout le membre inférieur d'une façon ininterrompue depuis le tiers inférieur de la cuisse jusqu'à la cheville et au dos

du pied dans une de nos observations (voir observation XV).

Telle est l'allure habituelle de la Pyodermite Végétante. Nous avons insisté sur sa chronicité, sur la lenteur désespérante de son évolution. Fait remarquable, le malade conserve un état général très satisfaisant : il n'a pas de fièvre, l'appétit est conservé, et comme nous le verrons plus loin ces signes négatifs constituent un argument de valeur, pour séparer la Maladie d'Hallopeau du Pemphigus Végétant, qui s'accompagne toujours d'une atteinte précoce et grave de l'état général.

A la longue, quelques complications locales peuvent survenir. On a surtout signalé *les abcès sous-cutanés*, abcès chauds à staphylocoques. S'ils ne sont pas incisés à temps, ces abcès peuvent provoquer de vastes décollements sous-cutanés, très longs à guérir, et entretenant l'infection. *L'atteinte ganglionnaire* est inconstante, elle se borne le plus souvent à une légère sensibilité avec tuméfaction des ganglions des territoires infectés.

II. — ÉTIOLOGIE

La Pyodermite d'Hallopeau tire ses caractères spéciaux : ses végétations, sa chronicité, du terrain sur lequel elle évolue plus que de son agent pathogène. Elle peut survenir dans des circonstances très diverses. Toute plaie infectée, tout traumatisme cutané peuvent en être le point de départ. On l'a vue succéder à une plaie infectée, à un panaris (cas n° 1 de Hallopeau, cas de Halsund, cité par Gaucher et que nous n'avons pu retrouver dans la littérature), à un furoncle avec adénite suppurée (cas de Gaucher, de Malloizel) à des folliculites (cas G, observation XVI), à un traumatisme (cas de Milian), à un sycosis (cas de Hudelo), à une hidrosadénite (cas M, observation XIX).

Dans ses premières publications, Hallopeau se demandait s'il ne fallait pas incriminer un virus inconnu et si les microbes rencontrés n'étaient pas de simples microbes d'infection secondaire. Depuis lors divers auteurs ont montré, et Hallopeau l'a admis plus tard, qu'il s'agissait d'une simple pyodermite à germes variés. On y a retrouvé une fois le Bacterium Coli (Observation III, Hallopeau et Le Damany) mais *presque toujours* il s'agit du *sta-*

phylocoque, soit le S. *doré*, soit plus habituellement le S. *blanc* ou le *Citreus*.

Par contre, le *streptocoque*, que certains auteurs incriminent comme l'agent causal de la maladie de Neumann n'y a jamais été rencontré.

Il est bien entendu que toutes les recherches bactériologiques nécessaires pour éliminer une affection parasitaire (dermato-mycoses végétantes) qui peut toujours prêter à erreur devront être faites systématiquement (examen direct après grattage, culture sur gélose sucrée de Sabouraud, à la température du laboratoire).

III. — ANATOMIE PATHOLOGIQUE

L'anatomie pathologique de la Maladie d'Hallopeau fut étudiée d'abord par Darier qui donna dans *l'Atlas International des maladies rares de la peau* (1889), l'étude histologique complète du cas présenté la même année par Feulard. Il y signale déjà comme caractéristiques, d'une part l'existence *d'abcès miliaires* à la partie profonde de l'épiderme, d'autre part l'*hyperacanthose* considérable en rapport avec l'allure végétante de la maladie.

Quelques années plus tard, lors des discussions qui s'élevèrent à la Société de Dermatologie sur la place de la maladie d'Hallopeau dans la nosologie, Leredde reprit cette étude dans diverses publications (*Lésions de la peau et du sang dans la Dermatite d'Hallopeau*, Société de dermatologie, 1897, p. 421. *Rapport de la dermatite d'Hallopeau avec la Dermatite de Duhring et de Pemphigus Végétant. Monatsheft für Praktische Dermatologie*, 1898, p. 381 ; *Sur une Hématodermie d'origine interne*, Société de Dermatologie, 1898, p. 391). Se basant sur la constatation dans les végétations épidermiques de vésicules remplies d'éosinophiles, il concluait, malgré les divergences cliniques, à l'identité

nosologique des trois maladies, à l'origine desquelles il admettait une lésion sanguine d'ordre toxique, se traduisant par l'éosinophilie : Duhring, Pemphigus de Neumann et Maladie d'Hallopeau, contituant l'« hématodermie toxique » de Leredde.

Ces idées, un peu personnelles, ne furent pas admises par la majorité des auteurs qui, par contre, se rangèrent à l'opinion de Darier, insistant tous sur la constance des micro-abcès. Nous citerons parmi ceux-ci : Hartzell, Jamieson, Ledermann, Fordyce et Gottheil.

Les lésions histologiques observées en étudiant des coupes de Maladie d'Hallopeau sont les suivantes.

A. — **Epiderme.**

Il existe des lésions fondamentales qui consistent dans la présence d'une pustule staphylococcique avec abcès miliaires intra-épidermiques (c'est en somme la pustule des sycosis décrite par Sabouraud) et des lésions accessoires qui relèvent du processus réactionnel de l'épiderme : l'état végétant.

Par contre, *on ne note à aucun moment de processus bulleux en quelque point que ce soit.* Nous reviendrons plus loin sur l'importance capitale de ce fait lorsque nous étudierons les rapports entre la maladie d'Hallopeau et le Pemphigus de Neumann.

1° *Lésions de folliculite.*

Elles constituent la lésion principale, caractéristique de la maladie et nous en expliquent tout le caractère : la chronicité, la réaction végétante secondaire. Le fait capital constaté sur les coupes est en effet la présence de staphylo-pustules péripilaires, avec *petits abcès miliaires intra-épidermiques sous-jacents.* Ces micro-abcès sous-jacents à la lésion-mère entretiennent l'affection et expliquent sa chronicité : « Ils sont le germe des pullulations à venir » (Sabouraud). Ils contiennent de très nombreux polynucléaires tassés, plus ou moins altérés. Ces lésions sont, répétons-le, *purement* et *uniquement* épidermiques. *La barrière du derme n'est jamais franchie.*

Nous ne saurions mieux faire que de citer à ce propos l'autorité de Sabouraud :

« Même au fond du follicule, les lésions microbiennes du sycosis restent inclues dans l'épiderme, aucune ne le dépasse jamais. Une seule différence essentielle entre les porofolliculites ordinaires et celles du sycosis : c'est que les premières sont mort-nées et les secondes réviviscentes. Les premières sont expulsées de la peau par le mécanisme de sa défense propre. Quand elles sont exfoliées l'épiderme a recouvré son intégrité. Il n'en est pas de même dans le sycosis : *au-dessous de la lésion-mère, on voit se faire, toujours dans l'épaisseur de l'épiderme* de minuscules abcès miliaires qui sont fils de la pustule originelle. Avant même qu'elle soit expulsée hors de la peau, elle a eu le temps de se reproduire *in situ*. Et sans doute ces micro-abcès en feront d'autres à leur tour... Dans le sycosis, la lésion première crée au-dessous d'elle des lésions secondes identiques à elle

et qui la renouvelleront .. on voit enfin un sycosis semblable, mais de symptômes proéminents et si l'on peut dire hypertrophiques survenir aux jambes, habituellement autour d'une plaie traumatique ou d'un ulcère variqueux (Maladie d'Hallopeau). Ici, comme dans tous les cas de sycosis les lésions sont pour l'œil de l'observateur tout à fait bien délimitées, la bordure toujours très nette entre ce qui est sain et malade... Un cas récemment publié par Milian (*Revue Française de Dermatologie*, 1927) et bien étudié par lui rentre exactement dans ce type clinique... Les coupes de ce cas *montrent jusqu'à l'évidence la similitude de ces lésions avec celles du sycosis de tous sièges* ».

« Il est donc nécessaire de les faire rentrer dans le cadre général des pyodermites, parmi toutes celles que cause le staphylocoque doré, entre les formes chroniques des lésions qu'il détermine, c'est-à-dire à côté des sycosis. Rattacher ce type morbide aux sycosis satisfait à la fois notre besoin de clarté, de méthode et de vérité. » (Sabouraud, *Pyodermites et Eczémas*, 1928).

2° *Hyperacanthose.*

A ces lésions se surajoute le processus végétant qui se traduit par de l'*hyperacanthose* : les espaces interpapillaires sont élargis, ramifiés et les papilles, élargies en dôme, atteignent parfois jusqu'à vingt fois leur hauteur normale. La couche cornée a souvent disparu lorsque les lésions sont en pleine activité, ou bien elle est très mince, surmontée de croûtes. Elle présente souvent en certains points de la parakératose.

B. — Derme.

Au-dessous de ces lésions, la réaction dermique est intense, mais banale, limitée à la partie supérieure du derme. Elle se traduit par une infiltration

de cellules migratrices appartenant presque toutes au groupe des *monocytes*. Il y a corrélativement un œdème plus ou moins intense avec dilatation vasculaire. Ces faits sont particulièrement nets dans le cas récemment décrit par Milian (Maladie de Hallopeau, *Revue Française de Dermatologie*, avril 1927, p. 209), cité par Sabouraud dans son livre, comme nous le notions plus haut et nous renvoyons le lecteur aux coupes caractéristiques qui illustrent le texte.

Dans ces dernières années, Sabouraud a consacré plusieurs mémoires dans les *Annales de Dermatologie* (1925-1926) à l'étude iconographique de la pustule staphylococcique. Il a repris cette étude dans son livre récent (*Maladies du cuir chevelu*, tome IV, pyodermites et eczémas, p. 80 et suiv.) et montré que la caractéristique anatomique des *sycosis* était justement d'une part, leur situation uniquement *épidermique* et d'autre part, la constance des *microabcès* sous-jacents à la pustule staphylococcique, qui entretiennent l'infection, la rendent chronique.

L'étude anatomique de la Pyodermite Végétante nous apprend donc un fait capital : la Maladie d'Hallopeau n'est, en somme, *qu'un Sycosis*. Comme le dit Sabouraud : « rattacher ce type morbide aux sycosis satisfait à la fois notre besoin de clarté, de méthode et de vérité. »

IV. — FORMES CLINIQUES

1° Pyodermite Végétante chez l'enfant.

Hallopeau avait décrit son type clinique chez l'adulte.

De fait, c'est chez l'adulte qu'on l'observe le plus fréquemment. Néanmoins on peut plus exceptionnellement observer la Pyodermite Végétante chez l'enfant (observation VIII, Jamieson ; 3 cas de Perrin (1900) chez des nourrissons séborrhéiques ; 2 cas de Wende et Degroat (1902) greffés sur un eczéma infantile ; cas de Corlett (1906) chez un enfant de 7 mois ; 2 cas de Pusey (1906) sur des eczémas infantiles ; cas de Artom (1925) chez une fillette de 10 ans ; cas de Peyri 1927 chez un nourrisson). Dans tous ces cas, les lésions caractéristiques de la Maladie d'Hallopeau surviennent, comme *complication secondaire* sur un eczéma infecté de l'enfant, du nourrisson le plus souvent. On observe les mêmes placards que chez l'adulte, avec prédominance au cuir chevelu, seule région pileuse de l'enfant. De même on y trouve constamment le staphylocoque. Les biopsies y montrent le même processus végétant, les mêmes micro-abcès.

Comme chez l'adulte, l'état général reste parfait et le traitement est purement antiseptique. La dermatose est du reste aussi rare chez l'enfant que chez l'adulte : Perrin en relève 3 cas sur 4.000 cas d'eczéma.

2° Les Pyodermites Végétantes à type De Azua, Sada, Peyri.

Récemment Peyri, de Barcelone, a fait au 3e Congrès des Dermatologistes de Langue Française (Bruxelles, 1926), sur les Pyodermites Végétantes, une communication remarquée, que nous allons analyser. L'auteur, après un rappel historique très pauvre, attribue à son compatriote De Azua la priorité de la description du type Pyodermite Végétante (1903-1910-1911) et ne cite nullement les auteurs français qui se sont occupés de la question, notamment Hallopeau, Feulard, Hudelo et Wickam, Brocq, Gaucher, Gougerot, etc..., qu'il semble ignorer. Il confond sous le nom de Pyodermite Végétante des dermatoses qui à première vue semblent avoir des relations assez lointaines avec la maladie d'Hallopeau.

Peyri désigne sous le nom de Pyodermite Végétante :

« Une variété de pyodermite *primitivement* végétante « qu'il convient de connaître et d'étiqueter auprès des autres « pyodermites comme une espèce morbide bien individuali- « sée, dans le genre des impétigos, ecthymas, folliculites ou « de l'intertrigo.

« C'est pour cette raison qu'il faut la séparer :

« *a*) Des autres pyodermites ou des ulcères communs ou « traumatiques, pyodermiques, qui *deviennent* végétants ;
« *b*) Des variétés de pyodermites avec croûtes parchemi- « nées, épaisses et psoriasiformes qui ne sont *qu'apparem-* « *ment* végétantes (Gougerot);
« *c*) Des épidermophyties végétantes, d'origine parasitaire ;
« *d*) Des lésions *tuberculeuses* : tuberculose verruqueuse. »

Peyri, avec De Azua, définit ainsi ce qu'il appelle la Pyodermite Végétante : « lésion de nature infectieuse avec morphologie phlycténuleuse papulopustuleuse initiale : formation d'un état végétant papillomateux avec abcès miliaires, croûtes lamineuses adhérentes, localisation aux parties découvertes, et grande efficacité des cures antiseptiques ».

Le début, se fait par une papulopustule ou phlyctène, formation progressive de la végétation, essaimage de proche en proche.

Evolution lente ; dès le début, allure végétante. Dans tous les cas on peut démontrer la présence du *staphylocoque* et le frottis expérimental provoque une pyodermite.

Il est à supposer que la forme végétante dépend plutôt de circonstances locales prédisposantes (professionnelles, chez les maçons par exemple) ou de réactions individuelles dans des conditions spéciales de virulence microbienne.

La thérapeutique antiseptique (eau d'Alibour, sublimé, nitrate d'argent), les caustiques pour les points les plus récalcitrants, guérissent la lésion.

L'auteur admet 3 formes ou modalités différentes :

Forme pseudo-néoplasique,

Forme verruqueuse,

Forme papillomateuse (dans laquelle, note Peyri, on pourrait ranger la botryomycose).

A. — *Forme pseudo-néoplasique*

(C'est à notre avis la plus artificielle). Les lésions présentent un aspect végétant, elles sont très molles avec de petits abcès.

Histologiquement, infiltration malpighienne, *envahissement* du derme, noyaux de dyskératose, guérison par sublimé et *ignipuncture.*

A cette forme se rattachaient les cas décrits par de Azua et Sada : pseudo-épithéliomas cutanés (Congrès de Madrid, 1903).

Voici *in extenso* l'analyse faite par Thibierge de ces cas (*Annales de Dermatologie*, 1903, p. 715).

« Sous ce nom, Azua et Sada rapportent deux cas de lésions cutanées rappelant uniquement la tuberculose ou la blastomycose, et présentant des caractères histologiques typiques des épithéliomas cutanés. Ils ne peuvent admettre qu'il s'agisse d'épithéliomas parce que les caractères cliniques des lésions ne se rapportent pas à ceux de cette dernière maladie. »

« Dans la pre nière observation, femme de 45 ans, ayant vu débuter, quatorze mois avant, sans érosion préalable et sans cause connue, une lésion du dos de la main sous forme de papule qui s'était pustulisée et avait donné lieu à une érosion croûteuse : la lésion s'étendit excentriquement et finit par donner une lésion végétante recouvrant tout le dos de la main ; la masse néoplasique, saillante et à limites bien précises était inégale, mamelonnée dans toute son étendue ; de coloration générale rouge sombre avec des parties tirant

sur le rouge vif ou le rouge brun ; elle présentait quelques ulcérations superficielles, recouvertes de croûtes assez adhérentes ; ulcérations fongueuses, d'aspect papillomateux, fissurées, saignant facilement et fournissant une abondante exsudation séro purulente : les bords de la néoplasie presque perpendiculaires, avaient une hauteur de 5 à 7 millimètres, étaient en quelques points ramollis, végétants, éversés en dehors, la masse néoplasique était presque molle et comme spongieuse en certains endroits, la pression faisant sortir par une infinité de points, un liquide épais purulent ou muco-purulent ; odeur nauséabonde comme dans le cancer douleurs irradiant à l'avant-bras : nombreux ganglions axillaires, engorgés, douloureux, avec tendance à adhérer à la peau, fièvre légère depuis quelques jours. avec grande dépression des forces. Guérison définitive, malgré plusieurs repullulations et l'envahissement des parties saines, par les *cautérisations ignées* continuées pendant dix ans. »

« Dans la deuxième observation, homme de 22 ans, ayant présenté sur le dos de la main droite, depuis l'âge de 20 ans, une lésion qui est actuellement cicatrisée avec état verruqueux et squameux dans la partie inférieure de la cicatrice ; puis après le début de la lésion de la main, ulcérations sur la jambe gauche, puis sur la cuisse gauche, qui persistent encore actuellement. L'ulcération de la cuisse mesure 14 cm, de long sur 20 cm. de large, sa partie supérieure est formée d'un tissu néoplasique mou, de 1 cm. d'épaisseur, papillomateux, en chou-fleur, avec des fissures, la pression en fait sortir des gouttelettes de muco-pus, la partie postéro-inférieure est limitée par un bord de 4 mm. de hauteur, dur, mince, éversé vers l'extérieur ; en dedans est une ulcération à fond anfractueux, formé par de grands mamelons inégaux, végétants, de couleur rouge pâle, couverts d'un vernis visqueux ; douleur spontanée et à la pression sur quelques points du bord ; en arrière et en dehors régions molles, papillomateuses avec abcès miliaires, pas de tuméfaction des ganglions inguinaux. *Récidive après extirpation profonde, puis tuméfaction des ganglions* et échec du râclage. Mort par septicémie et épuisement. »

Il est toujours facile d'épiloguer sur des observa-

tions anciennes, sans avoir vu ni les malades ni les coupes. Il nous semble cependant, à la lecture de l'analyse précédente, faite par un dermatologiste de la valeur de Thibierge que les observations en question sont sujettes à caution et fortement suspectes d'être, non pas des pseudo-épithéliomes, mais des épithéliomes vrais si l'on en juge par l'examen histologique, par l'évolution avec récidive, *la nécessité d'employer les cautérisations ignées*, mode habituel de traitement des épithéliomas cutanés.

Le cas de Peyri ne nous semble pas plus convaincant. En voici l'analyse résumée :

Homme de 47 ans. A la suite d'une rhinite staphylococcique, apparition d'un nodule végétant exubérant qui semble, d'après la description de l'auteur être un botryomycome. Apparition ultérieure de lésions au pied, au menton, à la pommette. Histologiquement, « impression » d'Épithélioma, avec prolifération épithéliale *sans rupture de la basale*, jusqu'à formation de globes cornés et de cavités avec éléments cornés et hyalins enkystés. Dans l'espace conjonctif, prolifération vasculaire, allure de *granulome*.

L' « impression » d'épithéliome, l'allure de granulome signalée par Peyri, nous semblent en faveur d'un simple botryomycome.

B. — *Forme verruqueuse.*

Des cas en ont été publiés par Bosellini et par De Azua :

1° Bosellini (*Giornale italia della m. v.* 1905, p. 138 : *Dermatite chronique circonscrite des mains*) ;

2 cas analysés par Thibierge (*Annales de Dermatologie*, 1906, p. 814).

2° De Azua, Pyodermite post-impétigineuse (*Actas Dermat.*, 1911, p. 429, t. I). On peut en rapprocher le cas de Ledo : Pyodermite chronique végétante papillomateuse avec réaction épithéliale kystique cornée de De Azua (*Actas D. S.*, février 1913, p. 111) et les deux cas de Artom publiés sous le titre de : Contribution... et nouvelle contribution à l'étude des Dermatites staphylogènes végétantes (*Giorn. Ital. della pelle*. 1924, p. 42 et 1925 p. 1338) et enfin notre observation XVIII, malade qui nous a été confié obligeamment par M. le Dr Marcel Ferrand, à qui nous adressons ici nos vifs remerciements.

Dans ces divers cas, les lésions siègent généralement aux parties découvertes, en particulier à la main : paume (Azua), dos des mains (deux cas de Bozellini), tabatière anatomique (cas personnel, obs. XVIII). Il s'agit presque toujours d'ouvriers manuels. La maladie débute par une papule cônique et dure, rouge, qui se centre d'un abcès. La lésion initiale s'étend peu à peu, devient végétante, et *rappelle l'aspect d'une tuberculose verruqueuse*. Un peu de pus sourd souvent à la pression, comme dans la bacillose, et le diagnostic n'est souvent fourni que par la biopsie qui montre des micro-abcès et l'absence de formations tuberculeuses. La régression est rapide par un simple traitement antiseptique et Peyri préconise en particulier les sels de cuivre.

C. — *Forme Papillomateuse.*

Cette forme correspond à la Pyodermite Végétante telle que la concevait Gaucher. Peyri en cite un cas de De Azua (Dermite papillomateuse végétante : *Actas D. S.*, 1911, t. I, p. 319) dont il reproduit les figures. Il s'agit de placards végétants du pubis et de la racine de la verge. Aspect de folliculite végétante, cicatrices pigmentées consécutives. Azua élimine divers diagnostics et pense à des lésions papulo-pustuleuses d'origine staphylococcique, ce que démontrèrent l'examen direct de la culture. On peut en rapprocher notre observation XVI.

Peyri en a observé divers cas, dont un à la suite de panaris. L'histologie comme dans les cas typiques montre des formations papillaires avec hyperacanthose, des *micro-abcès* des plus nets qui, par confluence, peuvent devenir des pustules ou de petits abcès. Enfin la culture donne des bacilles pyogènes.

Les trois formes, conclut Peyri, guérissent par le traitement antiseptique, les sels de cuivre principalement.

De l'étude que nous venons de faire du mémoire de Peyri, il nous semble possible de dégager les conclusions suivantes : de la forme habituelle de Pyodermite Végétante, à nombreuses localisations, décrite par Hallopeau, Gaucher, on peut rapprocher certaines formes décrites par Peyri.

1° La *forme néoplasique*, ne présente aucun rap-

port avec la pyodermite végétante d'Hallopeau.

2° La *forme papillomateuse* est la plus proche du type Hallopeau.

3° La *forme verruqueuse*, sur laquelle notre maître, le Professeur Gougerot avait déjà attiré l'attention au Congrès de Rome en 1912 (voir Bibliographie) en montrant que certaines infections *chroniques* simulant notamment la tuberculose cutanée peuvent être déterminées par des agents microbiens banaux, tel le staphylocoque, agent que l'on est habitué à voir provoquer d'ordinaire des infections aiguës. Le même auteur revint sur les mêmes faits, à propos des complications cutanées des plaies de guerre (*Journal Médical Français*, déc. 1919) et dans son livre : *La Dermatologie en clientèle* (3e édition. Paris, 1922, pages 327 et 355).

Le Professeur Gougerot signale, en effet, dans ses communications au Congrès de Rome, d'une façon beaucoup plus complète et beaucoup plus précise, l'allure tuberculoïde de certaines dermatoses végétantes qui *quoique dues à des pyocoques banaux* simulent des dermatoses comme la tuberculose cutanée. Cet aspect clinique est vraiment très trompeur, et, au premier contact avec le malade on est pour ainsi dire forcé de commettre une erreur de diagnostic. On pense en effet à une étiologie bacillaire et c'est seulement l'évolution ultérieure, les examens de laboratoire : inoculation au cobaye, biopsie montrant l'absence de formations à type follicule tuberculeux et au contraire la présence

des micro-abcès de Pyodermite Végétante qui rectifient le diagnostic préalablement posé.

Parmi ces pyodermites tuberculoïdes, Gougerot distingue deux types :

a) *Type verruqueux sec* : verrucomes tuberculoïdes dus à des cocci-pyogènes. Il s'agit le plus souvent d'association strepto-staphylococcique.

« Les lésions de cet impétigo verruqueux dissiminées sur la face et les membres en plus ou moins grand nombre naissent et évoluent comme les vésicules de l'impétigo classique, mais lorsqu'on arrache les croûtes mellicériques on aperçoit non pas un épiderme lisse, mais une surface humide, rosée, grenue, légèrement surélevée, souvent déjà villeuse...

La durée de cet impétigo *se prolonge plus que d'ordinaire*, et lorsque l'on soulève avec une pince la croûte, surpris de ne pas la voir tomber spontanément on découvre une surface *déjà végétante, presque papillomateuse...*

Cette lésion verruqueuse ressemble de tous points à une tuberculose verruqueuse sèche : ce sont les mêmes saillies papillomateuses à sommet corné, squameux, séparées par des sillons étroits, la même base rose violacé... Le verrucome non traité, reste des semaines sans se modifier : la lésion est donc chronique, immobilisée ; un traitement très simple, pansements humides, Eau d'Alibour, et au besoin, pommade au calomel, fait disparaître les verrucomes constitués et arrête l'évolution de l'impétigo... Cet impétigo verruqueux *est, en un mot, une pyodermite végétante sèche post-impétigineuse*, ou mieux *une streptococcie papillomato-verruqueuse* succédant à une streptococcie épidermique bulleuse et croûteuse. » (Congrès de Rome, 1912, p. 199 et suiv.)

Le même auteur ajoute en note :

« Cette variété d'impétigo ne semble pas avoir été nettement individualisée .. La seule mention interressante que

nous ayons relevée est celle d'une figure de Brocq (*Traité de Dermatologie pratique*, tome 1, page 747, figure 178) avec la légende : Papillomatose consécutive à l'ecthyma épidermique, sans description et la ressemblance avec la tuberculose n'est pas citée. »

Ultérieurement un élève de Brocq, Fage revint sur cette forme, et décrivit (*Bulletin Médical de l'Algérie*, 25 mars 1914), des *Papillomatoses post-impétigineuses végétantes*, comme séquelles de l'impétigo-ecthyma.

b) *Type humide suintant.* Il s'agit là de lésions *ulcéro-végétantes*, d'évolution indolente, qui rappellent vraiment de très près la forme végétante de Peyri, simulant le lupus végétant, alors que le type verruqueux sec ressemble davantage à la tuberculose verruqueuse type Riehl-Paltauf.

V. — DIAGNOSTIC

Le diagnostic de Pyodermite Végétante est toujours un diagnostic difficile, qui ne se pose pas d'emblée. On est souvent en effet, conduit à porter un autre diagnostic tel que Pemphigus Végétant, maladie de Dühring? iodides ou bromides végétantes, folliculite agminée. Ce sont l'évolution, les constatations du laboratoire qui vont réformer le premier diagnostic posé et conduire à celui de Pyodermite Végétante.

Nous rappellerons en quelques lignes sur quels signes se pose le diagnostic de la Maladie de Hallopeau.

Elle est essentiellement caractérisée par la production *successive* et *continue* de foyers de suppuration qui débutent, soit isolément, soit au pourtour d'anciens foyers par des vésico-pustules miliaires et des taches érythémateuses, s'accroissent excentriquement donnant lieu à un *prurit* intense, prennent une forme circulaire, s'unissent en placards polycycliques, s'éteignent au centre tout en s'étendant excentriquement, deviennent végétants, puis s'affaissent et ne laissent d'autre trace que des macules très lentes à s'effacer, la santé générale restant bonne. Donc éruption *monomorphe*, *asymétrique*, *autoinoculable*, se propageant de proche en proche, guéris-

sant par un simple traitement *local*. Il s'agit nettement d'une *infection* de cause *externe*, due au staphylocoque et qui doit son caractère végétant à un terrain spécial.

Diagnostic différenciel.

1° *Syphilides.*

L'on ne pense plus à discuter pour la maladie de Hallopeau le diagnostic avec certaines syphilides comme on le faisait encore en 1889, puisque Hallopeau dans sa première communication a soin d'éliminer la syphilide vésico-pustuleuse annulaire de Ricord et la Syphilide impétigineuse pustulo-crustacée de Fournier, par l'absence d'action du traitement mercuriel, et que Kaposi, au Congrès de 1889, argumentant le cas de Hallopeau crut reconnaître dans ces lésions une syphilide spéciale qu'il avait décrite quelques années auparavant.

Mais souvent le diagnostic pourra hésiter pendant longtemps avec des dermatoses voisines : non pas tant la dermite de Dühring, mais surtout le Pemphigus végétant et accessoirement l'Impétigo Herpétiforme de Hébra.

2° *Dermatite polymorphe douloureuse de Dühring Brocq.*

On a l'habitude dans les traités classiques de discuter le diagnostic différentiel avec la dermatite de

Dühring-Brocq. En réalité, ces deux dermatosest n'ont *aucun caractère commun.*

Nous avons déjà signalé, au cours de notre exposé historique les discussions qui s'élevèrent à la Société de Dermatologie entre 1889 et 1895 au sujet de la maladie de Hallopeau. La dermatite pustuleuse chronique en foyers à progression excentrique ne fut pas envisagée comme une nouvelle dermatose et fut rattachée par Hudelo et Wickham à la Dermatite de Dühring Brocq ; Leredde englobait dans un vaste syndrome : l'Hématodermite toxique avec èosinophilie, à la fois la Maladie de Dühring Brocq, la Pyodermite d'Hallopeau, la maladie de Neumann.

Rappelons rapidement les nombreux signes différentiels entre ces deux maladies, dans un de ces tableaux comparatifs qu'affectionnait Fournier :

Dermatite de Dühring	*Pyodermite Végétante d'Hallopeau.*
Eruption polymorphe généralement symétrique.	Eruption monomorphe, asymétrique ou peu symétrique.
Non auto-inoculable.	Auto-inoculable.
Pas de propagation par prolifération locale, pas d'influence du traitement local.	Propagation excentrique, de proche en proche, action capitale du traitement local.
Dermatose d'origine interne.	Dermatose d'origine externe.
Agent pathogène inconnu.	Agent pathogène : staphylocoque.
Action du traitement général par les arsénobenzènes (Milian).	Aucune action du traitement général par les arsénobenzènes (Milian).

3° *Pemphigus végétant de Neumann.*

C'est là le diagnostic le plus délicat. Au premier examen d'un malade atteint de Pyodermite Végétante d'Hallopeau, l'absence de lésions bulleuses n'est pas suffisante pour éliminer d'entrée le diagnostic de Pemphigus végétant. Les bulles, en effet, peuvent manquer pendant quelque temps au cours d'un pemphigus végétant légitime, les bulles nouvelles apparaissant par poussées. C'est donc surtout une question d'examen approfondi, d'évolution, de recherches de laboratoire.

Rappelons qu'Hallopeau, après avoir défendu son dernier-né avec vigueur, finit par se rallier en 1898 à l'opinion de Brocq qui l'homologuait à la maladie de Neumann. En 1900, dans son *Traité de Dermatologie,* écrit avec la collaboration de Leredde, il décrit dans la maladie de Neumann, deux variétés : *la forme bulleuse* (1888) Var. Neumann ; la *forme pustuleuse* (1889) Var. Hallopeau.

Ledermann, en 1904, puis Gaucher en 1905, publièrent de nouvelles observations de maladie d'Hallopeau et proposèrent l'appellation de Pyodermite Végétante d'Hallopeau. Ils en firent une dermatose distincte de la Maladie de Neumann, ayant son agent microbien propre. Néanmoins la majorité des auteurs n'admit pas les vues de Gaucher et Brocq dans la *Pratique Dermatologique* 1902, (article Pemphigus) puis dans sa *Dermatologie Pratique* 1908, plus récemment dans son *Précis Atlas*, 1921;

Darier dans son Précis, continuent à faire de la maladie de Hallopeau une variété bénigne du Pemphigus Végétant.

Cette assimilation au pemphigus de Neumann est-elle légitime ? C'est ce que nous allons envisager maintenant. Rappelons tout d'abord en quelques lignes le caractère du Pemphigus végétant.

Décrit pour la première fois en 1876, par J. Neumann, il est caractérisé par un processus uniquement *bulleux* ; la lésion élémentaire est une bulle de Pemphigus typique, qui devient rapidement végétante. L'éruption siège surtout aux aines, dans les grands plis articulaires et au pourtour de la bouche. Souvent elle atteint les muqueuses, notamment la bouche, le pharynx, les muqueuses génitales. Outre ces lésions cutanées, le Pemphigus de Neumann se caractérise surtout par *l'atteinte précoce de l'état général*, qui décline rapidement. La fièvre est de règle, l'évolution toujours fatale en quelques mois. L'agent pathogène est inconnu. Pour Gaucher on pourrait incriminer le streptocoque ; divers agents infectieux ont été rencontrés, notamment le *bacille pyocyanique* (Darier-Brocq), mais il a été impossible de dire s'il ne s'agit pas d'infection secondaire. La question reste donc entière à l'heure actuelle. Histologiquement, il s'agit d'un processus *uniquement bulleux*. Comme l'avait déjà fait remarquer Hallopeau, puis Jamieson (1902) puis Gaucher, il semble difficile de faire entrer dans le cadre précédent ce que les classiques appellent encore la variété pustuleuse

et bénigne de la Maladie de Neumann, alias la Pyodermite Végétante de Hallopeau.

Si nous faisons un tableau comparatif des deux affections, nous constatons que :

Maladie de Neumann (Var. bulleuse)	*soi-disant Maladie de Neumann* (Var. pustuleuse) (Maladie d'Hallopeau)
Dermatose d'origine interne	Dermatose d'origine externe.
Agent pathogène inconnu.	Agent pathogène : staphylocoque.
Lésion élémentaire : bulle.	Lésion élémentaire : pustule.
Etat général grave, fièvre, anorexie.	Etat général parfait.
Evolution fatale en quelques mois.	Apyrexie.
Histologiquement processus bulleux.	Guérison de règle par un traitement antiseptique.
Absence de micro-abcès.	Histologiquement processus pustuleux.
	Présence de micro-abcès du type sycosis.

Il n'est pas habituel de voir une même maladie présenter des formes cliniques dues à des agents microbiens différents. Il nous semble donc que LES DONNÉES CLASSIQUES DOIVENT ÊTRE RÉVISÉES SUR CE POINT ET QUE LA MALADIE D'HALLOPEAU, DERMATOSE EXTERNE, DUE AU STAPHYLOCOQUE DOIT ÊTRE DÉFINITIVEMENT SÉPARÉE DU PEMPHIGUS VÉGÉTANT DE NEUMANN.

4° *Impétigo herpétiforme de Hébra.*

Nous n'insisterons pas sur l'impétigo herpétiforme de Hébra, dermatose rare, presque spéciale à la femme enceinte, non végétante. Elle se rapproche surtout par ses symptômes et son évolution de la dermatite polymorphe douloureuse de Duhring-

Brocq qui ne saurait être confondue avec la maladie d'Hallopeau.

5° *Toxidermies végétantes.*

Il est encore un autre groupe de lésions qui, à première vue, peuvent simuler la Pyodermite Végétante ; ce sont les *Iodides* et les *Bromides végétantes*. Mais là, il existe une notion très importante d'absorption médicamenteuse ayant précédé l'apparition des lésions, notion qu'il faudra parfois du reste, extirper de la mémoire du malade qui a souvent pris une spécialité et peut nier à bon droit avoir ingéré iodure ou bromure. Notons du reste que dans ces cas il s'agit de lésions complexes, où entrent en jeu non seulement l'*intoxication* médicamenteuse, mais encore une *exhaltation biotropique des germes* saprophytes de la peau et que ces iodides et surtout bromides végétantes sont avant tout fonction d'*infection cutanée*. Le diagnostic sera encore facilité dans les cas d'iodides, par les nombreuses lésions *bulleuses* qui accompagnent toujours l'intoxication iodique, créant un véritable pemphigus iodique.

6° *Chez l'enfant.*

Les mêmes diagnostics seront à discuter. l faudra de plus éliminer certains *eczémas papuleux* et, en cas de lésions agminées distinguer du Sycosis staphylococcique les sycosis parasitaires à type de Kérion, par les recherches de laboratoire (examen

direct après éclaircissement du poil à la potasse, culture sur gélose de Sabouraud).

7° *Les autres pyodermites végétantes.*

La question se posera différement dans les formes *verruqueuse* et *papillomateuse* de Azua, Gougerot, Peyri.

L'aspect clinique ne fournit que des indications erronées et l'on penche plutôt vers un diagnostic de mycose ou de tuberculose verruqueuse. Le laboratoire montrera que l'infection staphylococcique est seule en cause. On peut cependant, cliniquement, noter les différences suivantes entre les formes précitées et la Pyodermite Végétante d'Hallopeau à type pur :

1° Pas de prédilection pour une région déterminée ni pour une région pileuse (habituellement main ou pied) ;

2° Le début par des folliculites n'est pas évident. Au contraire le début se fait ici sur un impétigo ou un ecthyma bulleux. C'est une infection en surface et les cas de transition publiés par Brocq et son élève Fage en sont la preuve.

3° Ressemblance avec la tuberculose, d'où fréquence des erreurs de diagnostic alors que dans la Pyodermite Végétante, type pur d'Hallopeau, ce diagnostic ne se pose pas.

4° Evolution plus rapide, la lésion prenant en quelques mois des dimensions qu'une tuberculose

cutanée aurait demandé des années pour atteindre. De même, guérison rapide par des traitements antiseptiques banaux qui sont sans action sur des tuberculoses cutanées.

5° Etiologiquement, association strepto-staphylococcique, alors que seul ce dernier est en cause dans la maladie d'Hallopeau pure.

Rappelons que l'affection décrite en 1922, par Gougerot, sous le nom de « Dermo-épidermite pustuleuse miliaire et érythémato-squameuse nummulaire et en placards à progression centrifuge » sera distinguée aisément de la Pyodermite Végétante de Hallopeau, par le fait que, si elle en réunit divers caractères : les pustulations, les placards, la progression centrifuge, elle n'est que très exceptionnellement et accessoirement végétante.

VI. — PATHOGÉNIE ET PLACE NOSOLOGIQUE DE LA PYODERMITE VÉGÉTANTE D'HALLOPEAU

Il nous reste à envisager pour quelles raisons la Pyodermite d'Hallopeau est une pyodermite *végétante*.

Doit-on incriminer le microbe ? doit-on incriminer le terrain ? faut-il enfin invoquer l'action combinée de ces deux facteurs ? Récemment un auteur italien, Bernucci, a consacré une importante étude à ce sujet (*Considération sur un cas de pemphigus vulgaire bénin avec évolution finale en Pyodermite Végétante de Hallopeau*, *Giornale Ital. della Pelle*, 1927, page 1408).

Pour cet auteur, l'action combinée des deux facteurs, *germe* et *terrain*, est nécessaire.

D'une part *le germe* est un facteur indispensable : on retrouve en effet de façon constante dans toutes les lésions du *Staphylocoque* et Bernucci a réussi à reproduire expérimentalement des lésions identiques sur le malade par auto-inoculation d'une parcelle de culture du germe prélevé sur le patient.

Au contraire, en employant chez le même malade des staphylocoques étrangers, l'auteur n'a pu pro-

voquer que des abcès ou un simple érythème.

D'autre part, *l'influence du terrain* est certaine, l'inoculation à un second malade du staphylocoque végétant provoque des abcès sans lésions végétantes. Le sérum sanguin du malade sur lequel Bernucci a expérimenté, n'agglutinait pas le staphylocoque.

Il y aurait par conséquent, suivant Bernucci, un *facteur terrain* très important et une sorte de *sensibilisation* de l'organisme, déterminée par le microbe lui-même, qui expliquerait cette évolution spéciale. Cette supposition, dit Bernucci, n'est pas contredite par l'absence d'agglutination du sérum sanguin : les recherches de Mamtagazza et Bizzogero ont en effet montré que l'agglutination n'avait lieu que quand l'affection était profonde et qu'elle manquait pour le microbe localisé à l'épiderme.

Or, nous savons par l'histologie, que les lésions de la maladie de Hallopeau sont purement ÉPIDERMIQUES.

Nous avons essayé de vérifier les expériences de Bernucci sur l'animal et sur le malade par auto-inoculation.

Avec des fragments de végétation prélevés par biopsie, nous avons frotté la peau de deux cobayes et d'un lapin, après scarifications linéaires préalables telles qu'on les pratique pour la cuti-réaction à la tuberculine. LE RÉSULTAT FUT NÉGATIF.

Chez le malade (observation XIX) l'auto-inocula-

tion du contenu d'une des pustules, sous verre protecteur, détermina en quelques jours l'apparition d'une pustule de même type qui évolua en une semaine, mais on ne constata pas d'état végétant. L'essai fut renouvelé plusieurs fois sans succès.

Nos recherches ne nous ont donc pas permis de tirer une conclusion ferme et dans le cas que nous avons observé, le microbe n'était pas doué de propriétés végétantes spéciales, le terrain semblait y jouer un rôle prédominant, et il semble qu'en fin de compte l'état végétant ne soit *qu'une sorte de réaction cutanée épidermique, banale, autour d'une inflammation chronique*. C'est en somme un processus voisin du botryomycome. Telle est l'opinion de Pusey. Pour cet auteur l'état végétant résulte de la chronicité d'une infection légère mais persistante. Il en résulte une inflammation chronique avec tissu de granulation qui serait dû aux lésions microbiennes. Toute lésion infectée pendant longtemps par des microbes quelconques peut réagir par la végétation et c'est là un fait bien connu des dermatologistes. Jacquet, en 1900, émit la même hypothèse, au sujet d'un cas de Pemphigus Végétant présenté par MM. Danlos et Hudelo à la Société de Dermatologie. Les *végétations* ne s'expliquaient que par le rôle d'un microbe ou virus à qualité spéciale : ce sont les tissus du malade qui sont vraiment végétants et chez de tels sujets tout peut être prétexte à réactions végétantes désordonnées de la peau. Peyri, dans son mémoire tire les mêmes con-

clusions : *la réaction végétante est une question de terrain.*

En définitive, sans nier formellement le rôle adjuvant possible de souches du microbe douées de propriétés végétantes, il semble que l'état végétant soit avant tout fonction du terrain, ou plus exactement de l'état local du tégument irrité par une inflammation légère mais persistante.

Place nosologique de la Pyodermite Végétante.

Nous pensons avoir montré dans les pages précédentes que la Pyodermite Végétante de Hallopeau présente une individualité propre. Il y a là véritablement une dermatose spéciale, qui n'est ni un Pemphigus, ni une Dermatite de Durhing, mais une affection purement tégumentaire, microbienne, tirant avant tout sa caractéristique de l'état végétant qui l'accompagne.

Faut-il pour cela parler de « Maladie d'Hallopeau » ? Ce serait aller trop loin. Il ne s'agit en réalité que d'une *forme clinique* bien particulière de staphylococcie cutanée voisine des sycosis comme l'anatomie pathologique nous l'a montré, et c'est dans le grand groupe des Staphylococcies cutanées qu'elle doit prendre place. Le mérite de Hallopeau n'en reste pas moins grand, d'avoir le premier individualisé cliniquement de façon parfaite cette dermatose, d'avoir vu qu'il ne s'agissait là que d'une affection microbienne externe et de l'avoir séparée

des dermatoses dont elle peut avoir l'aspect comme la maladie de Dühring et la maladie de Neumann qui relèvent d'une toute autre étiologie. De même Azua et Sada, Gougerot, Peyri ont eu le mérite d'attirer notre attention sur l'aspect végétant trompeur qui revêtent parfois certaines staphylococcies cutanées, que peuvent d'autant plus induire en erreur qu'elles sont d'évolution chronique, torpide, rappelant la tuberculose ou l'épithéliome cutané.

VII. — TRAITEMENT

De nombreux traitements ont été proposés contre la maladie de Hallopeau, tous les topiques et les antiseptiques ont été essayés avec des succès variés et leur nombre même témoigne, comme toujours en pareil cas, de leur peu d'efficacité.

Les premiers auteurs qui se sont occupés de la question, se bornaient à un traitement externe purement antiseptique, avec des antiseptiques faibles : compresses humides d'eau boriquée, résorcine, pulvérisations boriquées et résorcinées.

Une fois l'infection jugulée, l'on essayait diverses pommades : vaseline salolée, vaseline au sublimé à 1 pour 500, vaseline boriquée à 1 pour 10, des topiques au tannin, l'iodoforme. La guérison était très lente, demandant des mois, retardée par de continuelles poussées.

Azua et Peyri s'adressent aux sels de cuivre et de zinc, revenant en somme à la vieille eau d'Alibour, remise en honneur par Sabouraud.

Plus récemment, Milian a préconisé l'emploi comme antiseptique de certaines pyoctanines, et

essayé dans un cas de Pyodermite Végétante, la solution suivante :

Vert brillant.....	aâ 0 gr. 25
Cristal violet.....	
Alcool à 90°.....	150 cc.

Cette formule qui fait merveille dans les « eczémas microbiens » de Sabouraud n'a pas eu d'action dans la maladie d'Hallopeau.

La *teinture d'iode* pure donne une amélioration assez rapide, mais elle ne peut être tolérée plus de quelques jours par une peau déjà malade. Aussi doit-on adopter de préférence l'alcool iodé, comme l'a conseillé Sabouraud.

La formule qu'il préconise a donné d'excellents résultats et une guérison rapide, dans le cas de Milian (Obs. XV) comme dans les nôtres.

On appliquera, par friction dure :

Le premier jour : teinture d'iode pure ;

Les jours suivants, la solution suivante :

Iode métalloïdique.....	1 gr.
Alcool à 90°.....	100 gr.

Rayons X.

Outre le traitement antiseptique externe on a essayé diverses autres thérapeutiques, mais sans grands succès.

On a essayé de guérir la maladie par l'épilation

provoquée par les rayons X à la dose de 5H nus sur la peau, comme on le fait dans certains sycosis. Les résultats ont été nuls.

Thérapeutique interne.

La *solution de Lugol* en injections intraveineuses, les injections intraveineuses de *novarsénobenzol* n'ont amené aucun résultat, et cet échec thérapeutique présente un certain intérêt au point pathogénique. On sait, en effet, depuis 1912, que les injections de 914 à doses faibles 0.15, 0.30 longtemps répétées ont sur la Dermatite de Dühring une influence remarquable et amènent la guérison en quelques semaines, et c'est là un des plus beaux exemples de ce que Milian a appelé « l'hétérothérapie ». Elles guérissent de même l'*Erythème centrifuge* de Darier, et c'est là un argument de poids pour classer l'Erythème centrifuge parmi les formes frustes de la maladie de Dühring.

Cet échec constant du novarsénobenzol est une preuve de plus contre l'assimilation de la maladie d'Hallopeau à la Dermatite de Dühring qui avait été faite par plusieurs auteurs.

Vaccinothérapie.

Il semblait logique à première vue, de s'adresser à la vaccinothérapie antistaphylococcique. Nous

avons essayé les Stocks-vaccins : le Propidon de Delbet, le vaccin antistaphylococcique de l'Institut Pasteur, les Auto-Vaccins. Tous ces essais n'ont rien donné, pas même une amélioration. Ces résultats confirment du reste les idées de Sabouraud. Pour lui, la vaccinothérapie générale n'a d'action que dans les staphylococcies qui franchissent la barrière épidermique : telle *la furonculose* ; au contraire elle reste sans effet contre les staphylococcies purement épidermiques, *tels les sycosis*. Nous avons suffisamment montré plus haut que les lésions de la maladie de Hallopeau sont uniquement épidermiques et se rapprochent des sycosis.

La conséquence logique des données précédentes est que l'on devra tenter à l'avenir outre le traitement par l'alcool iodé, le traitement par la *vaccinothérapie locale* selon la méthode de Besredka.

Nous n'avons pu expérimenter cette dernière thérapeutique, les cas de Maladie de Hallopeau restant extrêmement rares.

VIII. — OBSERVATIONS

Observation I

C'est l'observation princeps de Hallopeau, publiée page 344 et suiv. dans les Comptes rendus du Congrès International de Paris, 1889. Etant donnée son importance, nous la transcrivons *in extenso* :

« Nous avons observé l'an passé une dermatite à caractères très insolites sur laquelle M. Unna a appelé l'attention dans ses lettres de Paris ; les moulages qui la représentent ne ressemblent à aucune autre pièce de notre musée ; aucune description antérieure ne s'y rapporte. Elle nous paraît appartenir à un type morbide non encore décrit.

Voici l'histoire de notre malade :

L..., bijoutière, âgée de 49 ans, entre le 21 février 1888, au n° 2 de la salle Lugol.

Antécédents. — Elle s'est bien portée jusqu'à ces dernières années. Elle a eu, à 30 et à 31 ans des enfants bien portants. Veuve depuis trois ans, elle assure que les derniers rapports sexuels remontent à quatre ans ; un peu auparavant, elle aurait eu à plusieurs reprises des éruptions vulvaires.

En juin 1886, elle a été atteinte d'un rhumatisme articulaire qui, après avoir envahi la plupart des jointures, est resté pendant deux mois localisé au coude gauche.

Elle entre, le 10 septembre de la même année, dans le service de M. Quinquaud, salle Biett, atteinte d'une éruption dont le début remonte à trois semaines. La malade assure qu'elle était constituée, comme celle d'aujourd'hui, par de petites pustules réunies en groupe et donnant lieu à de vives démangeaisons.

Dans une note que M. Moulonguet, interne du service, a bien voulu nous communiquer, nous voyons signalées, à la paume de la main gauche, de nombreuses vésicules et pustules qui se recouvrent de croûtelles et ont, comme celles que nous avons actuellement sous les yeux, le volume d'un grain de millet.

Sur le dos de la même main, au niveau des quatrième et cinquième articulations métacarpo-phalangiennes et de la commissure des troisième et quatrième doigts, se voient deux vastes ulcérations (?) réunies par un isthme au niveau de la quatrième articulation métacarpo-phalangienne, suintantes, non douloureuses, non déprimées, elles sont séparées de la peau saine, par un sillon autour duquel l'épiderme paraît soulevé.

Des ulcérations (?) analogues occupent les faces dorsale et latérale de la troisième phalange du cinquième doigt, la face latérale de la deuxième phalange du troisième doigt et la commissure intermédiaire aux deux premières, sur la face interne du haut des cuisses et sur les grandes lèvres, se trouvent des saillies papuleuses agglomérées dont l'aspect *rappelle celui des syphilides papulo-tuberculeuses.*

Derrière la nuque, on voit une plaque formée de papules conglomérées qui desquament légèrement.

Conformément aux assertions de la malade, l'éruption

paraît avoir eu, à cette époque, les mêmes caractères et les mêmes localisations qu'aujourd'hui.

Dès lors, on signale une altération singulière de la langue : sa face dorsale et ses bords, creusés de nombreux sillons, ont un aspect villeux qui rappelle celui de la muqueuse intestinale en même temps que les parties limitées par les sillons ont un aspect analogue à celui des circonvolutions cérébrales.

Sur la partie interne de la joue gauche, on note une saillie grisâtre et plissée. Le 25 septembre, les ulcérations de la main gauche se sont agrandies ; une vaste ulcération recouvre actuellement toutes les articulations métacarpo-phalangiennes et se prolonge sur le dos de la main ainsi que sur les doigts.

Au troisième doigt, l'ulcération latérale de la deuxième phalange a envahi toute la face dorsale et postéro-latérale de la troisième phalange et le pourtour de l'ongle. Sur la face palmaire des doigts, on note des soulèvements épidermiques remplis de sérosité purulente d'une odeur *sui generis*. La surface des ulcérations est remarquable par leur aspect mamelonné et leur coloration d'un gris sale ; les boutons vulvaires ont grossi. A partir du 27 septembre, la malade prend deux pilules de proto-iodure d'hydrargyre et 2 grammes d'iodure de potassium. On applique sur les mains un emplâtre de Vigo.

Le 2 octobre, l'ulcération de la main continue à s'étendre. Elle est maintenant traitée par l'iodoforme.

20 octobre. — La plaie a une odeur infecte. Elle occupe presque tout le dos de la main et des doigts, ainsi que la face palmaire de doigts, sans solution de continuité ; ses

bords sont toujours soulevés par de la sérosité purulente. Le pansement à l'iodoforme est renouvelé tous les quatre jours.

Le 4 novembre, l'état de la main est très amélioré, surtout sur la face dorsale ; la peau est redevenue saine dans toute la partie centrale de l'ulcération ; celle-ci ne persiste qu'en haut et en bas, c'est-à-dire sur la partie supérieure du dos de la main et sur la face dorsale des doigts ; il y a là deux zones dont le diamètre vertical atteint de 3 à 4 centimètres ; leurs dimensions transversales n'ont pas diminué. Sur la face palmaire, un épiderme mince, rose et luisant, a reparu par places, mais il est soulevé en plusieurs points par de petites saillies coniques à sommet purulent. La malade sort le 7 novembre.

En comparant cette description à celle que nous donnons plus loin de l'état actuel, on reconnaît qu'il s'agit certainement d'éruptions très analogues et de même nature, avec cette différence essentielle que nous n'avons jamais constaté de véritables ulcérations ; nous avons tendance à croire que les lésions qualifiées ainsi dans la première période n'ont été que de simples soulèvements épidermiques, *elles n'ont laissé aucune cicatrice*. Au bout de deux mois, la malade assure qu'elle n'avait plus aucun bouton ni aucune ulcération. Au printemps de l'année suivante (1887) une suppuration s'établit à l'extrémité de l'index droit et amène la chute de sa première phalange. En juin, l'éruption reparaît à la vulve et à la nuque, elle débute par des boutons qui s'étendent progressivement ; des lésions analogues se manifestant au cuir chevelu et aux lèvres ; la plaque du cou atteint des proportions considérables. La malade rentre

dans le service de M. Quinquaud : elle y est traitée, à l'intérieur par de l'iodure de potassium, dont elle prend chaque jour 4 grammes ; localement par des douches de vapeur, et l'application d'iodoforme et d'emplâtre diachylon. Elle assure que sa guérison était presque complète au bout de deux mois ; cependant les lèvres restent malades.

En janvier 1888, apparaissent de nouveau, à la nuque, des boutons qui grossissent, s'indurent, s'ulcèrent, se recouvrent de croûtes, s'étendent progressivement et forment bientôt une plaque très étendue. Des lésions analogues se produisent au cuir chevelu et à la vulve.

Etat actuel : L... est grande et bien constituée ; sa santé générale a relativement peu souffert ; cependant son teint est pâle et elle dit avoir maigri dans ces derniers temps.

Elle porte à la *nuque* une grande plaque éruptive qui en haut. commence au dessous de la protubérance occipitale, et, inférieurement, descend jusqu'à l'apophyse épineuse de la cinquième vertèbre cervicale, mesurant ainsi 7 centimètres dans son diamètre vertical, alors que transversalement elle atteint 10 centimètres ; limitée par un rebord nettement polycyclique, elle présente à sa surface un grand nombre d'élevures, dont les dimensions varient de celles d'un grain de millet à celles d'un pois ; sur un certain nombre d'entre elles, on voit, au centre, une tache d'un blanc jaunâtre qui correspond à un petit foyer de suppuration ; il est facile de s'en convaincre par la piqûre. Ces pustulettes sont disposées en groupes irrégulièrement circulaires ; les parties de la plaque qui ne sont plus en suppuration sont colorées en brun, sillonnées de stries peu profondes et parsemées de fines croûtelles jaunâtres. Sa consistance est plus ferme que celle des

téguments voisins et, en y promenant le doigt, on y trouve un grand nombre de saillies dures et mamelonnées. En dehors de son angle inférieur gauche, on voit une saillie papulo-tuberculeuse : l'évolution ultérieure de la maladie a montré qu'il s'agissait là d'un petit foyer de suppuration ; c'est ainsi, d'une manière invariable, que progressent les lésions chez cette malade. Celles de la nuque ont débuté, d'après les renseignements qu'elle nous a fournis, par un bouton sur la partie postéro-latérale droite de la région. *Il y a un prurit intense.*

Sur le *cuir chevelu*, se trouvent disséminées plusieurs plaques de petites dimensions formées de vésico-pustules reposant sur une base indurée et de saillies recouvertes ou non de croûtelles qui représentent ces éléments après évacuation du pus. Les cheveux commencent à se raréfier par places.

Les *lèvres* sont exulcérées dans la plus grande partie de leurs bords libres ; on y voit un grand nombre de fissures verticales ; les parties excoriées sont recouvertes de croûtes brunâtres, les lésions sont plus prononcées à la lèvre inférieure. La *commissure gauche* est creusée d'une rhagade plus profonde ; il s'en détache, à la face interne de la *joue*, une plaque qui se dirige d'avant en arrière sur une largeur de 3 1/2 centimètres, alors qu'elle mesure verticalement 1 1/2 centimètre ; sa surface est bourgeonnante, mamelonnée ; creusée de sillons ; un examen attentif y fait reconnaître la présence d'un grand nombre de points jaunes qui sont de petites pustules, et de dépressions qui représentent ces mêmes pustules ouvertes.

Sur la partie la plus élevée de la *voûte palatine*, existe un

groupe de dépressions au niveau desquelles la muqueuse semble ulcérée ; ce groupe est circulaire et entouré d'un zone inflammatoire ; on y voit des points jaunâtres dont la piqûre donne issue à du pus. *Ces lésions buccales paraissent de même nature que les lésions cutanées.* Plus en arrière, on voit un groupe de saillies mamelonnées et bourgeonnantes, séparées par des sillons ; elles sont d'apparence cicatricielle. La *langue* est très altérée ; sa face dorsale est creusée en tous sens de sillons plus ou moins profonds qui le divisent en mamelons isolés que surmontent des granulations, et par places de fines végétations ; deux de ces sillons atteignent 8 millimètres de profondeur ; dirigés d'arrière en avant, ils se réunissent au voisinage de la pointe. Le bord droit est creusé d'une dépression cicatricielle. La malade ne peut fournir aucune indication relativement au mode de développement de ces lésions non plus qu'à l'époque où elles se sont produites.

Sur le tronc, on remarque quelques taches brunes, des plaques de vitiligo à la ceinture et quelques saillies papuleuses qui, comme nous le verrons, représentent, selon toute vraisemblance, des foyers de suppuration restés isolés et éteints.

Une grande plaque occupe la vulve, remonte au-dessus du pubis, empiète de chaque côté sur la face interne des cuisses et des fesses jusqu'à 8 centimètres en dehors des grandes lèvres et s'étend en arrière à 5 centimètres au delà de l'anus ; les grandes lèvres et la partie voisine des cuisses sont considérablement tuméfiées, les téguments y forment des bourrelets que séparent des sillons profonds.

Ces parties sont légèrement indurées ; elles offrent une

coloration rouge sombre ou pâle, sur laquelle tranchent de nombreuses taches blanches ; celles-ci représentent des pustules miliaires, reposant sur une base saillante et le plus souvent agminées en foyers circulaires. Ces pustules occupent surtout le bord libre des grandes lèvres et la périphérie de la lésion dont elles forment la limite, soit qu'elles soient encore en évolution, soit qu'elles aient fait place à des croûtes. Les foyers qu'elles constituent sont généralement arrondis ; leurs dimensions varient de celles d'une lentille à celles d'une pièce de 50 centimes ; souvent ils ne sont représentés par des pustules qu'à leur périphérie, leur partie centrale est rouge et recouverte de son épiderme, ou croûteuse. Au dessous du publis, le bord nettement dessiné de la plaque est formé par des croûtes brunâtres analogues à celles de l'impétigo ; elles forment une ligne courbe à convexité inférieure. Plus bas, au niveau des cuisses et au pourtour de l'anus, le rebord formé par l'union des plaques conglomérées et polycyclique. Les parties comprises dans l'aire ainsi circonscrite sont d'un rouge sombre sur lequel se dessinent de nombreux éléments pustuleux ; elles sont le siège d'un *prurit* intense.

Les ganglions inguinaux sont légèrement tuméfiés.

Les jours suivants, de nouvelles pustules se produisent au pourtour des lésions anciennes et nous pouvons reconnaître quelle en est l'*évolution*. *Le phénomène initial est constamment l'apparition d'une vésico-pustule du volume d'un grain de millet ; le liquide qu'elle renferme est d'emblée très louche et devient très rapidement tout à fait purulent ; bientôt une petite aréole rouge se manifeste autour de la vésicule et souvent le derme s'indure un peu à son*

niveau. Puis des éléments semblables se forment autour de la pustulette initiale et ainsi se trouve constituée, par progression excentrique, une plaque dont les dimensions s'accroissent gradullement ; cependant les pustules initiales s'ouvrent et font place d'abord à des croûtes généralement peu épaisses ; lorsque celles-ci tombent, on ne voit pas d'ulcération, mais une surface d'un rouge sombre, et ridée, qu'entoure un cercle de pustulettes.

Les plaques ainsi développées tendent elles-mêmes à s'agglomérer et finissent par former les lésions étendues que nous avons signalées à la nuque et à la vulve. Nous avons vu sous nos yeux se dérouler ces différentes phases sur les fesses, au voisinage de la plaque miliaire, et le développement de la pustulette initiale aboutir à la formation de plaques conglomérées qui ont atteint plusieurs centimètres de diamètre.

L'inflammation peut dépasser la limite du derme et nous allons voir se développer des phlegmons sous-cutanés.

Les lésions, si considérables, qui se sont développées en 1886 sur le dos de la main gauche n'ont laissé d'autres traces qu'une légère coloration brunâtre de la peau. Nous ne constatons aucun signe d'affection viscérale.

Quelle maladie avons-nous sous les yeux ?

Notre première impression, en raison surtout de l'état de la langue, est qu'il s'agit d'une manifestation anormale de la syphilis, et deux maîtres en syphiligraphie, auxquels nous montrons la malade, formulent le même diagnostic. En conséquence, nous prescrivons l'iodure de potassium à la dose de 4 grammes, deux cuillerées à soupe de sirop de Gibert, bientôt remplacées par des frictions quotidiennes

avec 6 grammes d'onguent napolitain et en même temps l'application constante sur les parties malades de compresses imprégnées d'une solution de sublimé à 1/5000.

6 mars. — Une pustule du volume d'une lentille s'est développée depuis deux jours dons l'aine droite ; elle est entourée d'une desquamation en collerette et repose sur une base indurée.

Nous notons en même temps la présence dans l'aisselle droite d'un nodule du volume d'un haricot ; sa couleur est rouge ; on voit une pustulette dans sa partie centrale, la malade assure qu'il a débuté il y a cinq jours.

Un soulèvement purulent de l'épiderme s'est manifesté au niveau de la commissure qui unit l'index et le médius de la main gauche.

9 mars. — De nouvelles pustules se sont produites sur les plaques de la nuque et autour de la vulve. Plusieurs d'entre elles semblent répondre à des follicules piliaires.

La plaque interdigitale de la main gauche présente des croûtes à sa périphérie ; on voit une pustulette sur le dos de la première phalange d'un des doigts ; la malade assure que l'ulcération interdigitale a débuté ainsi.

12 mars. — On note une pustule au niveau de l'épaule droite, sept ou huit pustules sur la fesse gauche ; l'une d'elles repose sur une base indurée rouge, douloureuse, enflammée.

14 mars. — Des pustules se développent autour de cette dernière.

16 mars. — La plaque de la nuque présente une notable amélioration dans son quart inférieur. Elle n'est plus, dans cette partie, limitée que par un rebord légèrement saillant ;

elle ne diffère plus guère des parties saines que par sa coloration très brune ; on y voit cependant encore, par places, quelques pustules, généralement groupées en cercles.

A la vulve, il y a moins d'éléments pustuleux ; ils ne se voient plus guère que sur le bord libre des grandes lèvres et à la périphérie de la plaque ; ici, ils sont réunis en groupes circulaires, reposent sur une base indurée et forment par leur union un bourrelet saillant. Dans tous les points où il n'y a plus de lésions en activité, les téguments offrent une teinte sombre, d'un brun noirâtre.

23 mars. — La lésion située entre l'annulaire et le médius s'est étendue. On y distingue un large soulèvement épidermique entouré de pustules isolées. Celles-ci sont plus récentes ; c'est par elles que la lésion se développe excentriquement. Au centre, le pus s'est concrété en croûtes jaunâtres, semblables à celles de l'impétigo. L'altération s'étend sur la face interne du médius et sur la face externe et postérieure de l'annulaire dans une hauteur d'environ 1 centimètre et demi.

27 mars. — Des pustules du volume d'un grain de chènevis, conglomérées en une plaque et reposant sur une base indurée et tuméfiée, se sont développées sur la fesse gauche A côté, se trouvent des lésions plus étendues, cinq nodosités dont le volume varie entre celui d'une noisette et celui d'un œuf ; elles semblent se confondre les unes avec les autres : leur surface est le siège d'ulcérations qui atteignent 3 millimètres de diamètre ; la pression y donne issue à du pus et à de la sérosité louche.

30 mars. — L'éruption de l'aisselle droite présente

actuellement les caractères suivants : au dessus du pli, se trouve une plaque de forme ovalaire, limitée à la périphérie par une sorte de bourrelet que constituent une série de pustules confluentes, à base indurée. Au centre, la plaque n'est ni saillante, ni ulcérée ; elle présente une coloration rouge sombre. En dehors d'elle, on voit une pustulette qui repose sur une induration. Au dessous, existe une plaque semblable, mais de moindres dimensions. Elle est formée également par l'agglomération de pustules à base indurée, les unes remplies de pus, les autres recouvertes de croûtelles.

Plus bas dans le creux axillaires se trouvent deux indurations ; l'une est une plaque cicatrisée, l'autre est recouverte de croûtelles.

Sous l'aisselle gauche, il n'y a que deux nodosités, grosses, l'une comme un haricot, l'autre comme un poids. Elles intéressent l'hypoderme et portent à leur surface des pustulettes.

L'état des lèvres est notablement amélioré.

A la vulve, un certain nombre de pustules se sont désséchées.

L'ulcération de la main s'étend excentriquement par un soulèvement bulleux ; le centre se cicatrice.

On suspend l'usage d'iodure de potassium. Les frictions sont continuées.

6 avril. — On constate à la périphérie de la lésion anogénitale et sur le bord libre des grandes lèvres des lésions en évolution active ; ce sont des pustulettes du volume d'un grain de millet et entourées d'une aréole rouge.

Elles sont le plus souvent disposées circulairement, limi-

tant des plaques saillantes du volume d'un grain de chènevis à celui d'un haricot ; dans ce dernier cas, le centre est rouge et recouvert de son épiderme. A mesure que la plaque s'agrandit, le contour pustuleux s'éloigne et le centre tend à guérir. Sur la fesse gauche, il s'est formé une lésion étendue, à contours très nettement polycycliques. Elle est constituée par la réunion de plaques limitées à leur périphérie par des pustules tandis que leur centre est recouvert de son épiderme ; la peau y est seulement épaissie, rougie, nombre et injectée ; le tissu cellulaire sous-jacent est induré profondément. On voit autour de cette surface quelques pustules isolées.

En raison de la persistance et de l'aggravation des lésions le traitement spécifique est définitivement suspendu. Les lésions sont traitées localement par l'application de compresses imprégnées d'une solution concentrée d'acide borique.

13 avril. — A la nuque, de nouvelles pustules se sont formées, elles sont disposées en groupes circulaires reposant sur une lésion indurée ; elles occupent surtout la périphérie de la plaque.

Une nouvelle vésico-pustule a paru au vertex. Dans l'aisselle, la plaque a pris un aspect irrégulièrement réniforme; elle est circonscrite par un rebord saillant qui mesure environ 3 centimètres transversalement, sur 1 1/2 centimètre de haut en bas. On y sent des points fluctuants dont la pression fait sourdre un liquide séro-purulent.

A la main droite, on voit, sur la face dorsale du premier métacarpien, une plaque limitée en partie par des croûtelles jaunâtres, en partie par un soulèvement bulleux de l'épi-

derme ; le centre n'est plus exulcéré, cependant quelques pustulettes sont encore en voie d'évolution.

A la main gauche, le centre de la grande plaque est en voie d'amélioration ; sa surface est rosée, inégale, recouverte par places de croûtes jaunâtres. Le pourtour de la plaque est formé par un soulèvement bulleux de l'épiderme sur une surface d'environ 1 millimètre, il paraît formé par la confluence de pustules ; plusieurs de ces éléments sont encore en évolution dans l'aire de la plaque.

A la fesse gauche, la grande plaque est améliorée, mais non guérie : ses contours sont toujours nettement polycycliques ; le centre des cercles est recouvert de son épiderme, la peau est seulement épaissie et rougie ; leur périphérie est formée, soit par des pustules, soit par des croûtelles. Au voisinage, des pustulettes se sont groupées et reposent sur une base indurée.

Partout l'éruption est prurigineuse.

19 avril. — La plaque du cou, traitée par l'application d'iodoforme que l'on maintient à l'aide de diachylon et par des douches de vapeur, continue à s'améliorer : ses deux cinquièmes inférieurs ne sont plus guère représentés que par une coloration brunâtre. Cependant on y voit encore deux plaques formées de vésico-pustules agminées ; l'une d'elles grande comme une pièce de vingt centimes, occupe son angle inférieur droit. Dans la partie supérieure de la plaque, la peau est épaissie ; on y distingue de petites plaques confluentes, saillantes, limitées par des cercles de vésico-pustules ou de croûtes qui les représentent.

Il n'y a plus que quelques croûtelles sur la lèvre supérieure ; la lèvre inférieure, de même améliorée, présente

encore quelques pustulettes. Dans l'aisselle droite, la plaque inférieure s'est agrandie ; elle a maintenant 2 centimètres de diamètre ; les lésions y pénètrent dans l'hypoderme qui est induré. Sur le tronc, on remarque disséminées un certain nombre de vésico-pustules reposant pour la plupart sur une base rouge, saillante, acuminée. Des macules brunâtres représentent des lésions en voie de régression.

L'état de la main gauche est très amélioré, les pustules se sont desséchées, il reste une coloration érythémateuse avec épaississement de la peau et quelques croûtelles jaunâtres ou blanchâtres.

A la main droite, il y a encore à la périphérie de la plaque quelques vésico-pustules et en plusieurs points des saillies légèrement indurées. A la fesse gauche, même état de l'ancienne plaque ; on remarque une aréole érythémateuse en dehors des croûtelles périphériques.

Plus en arrière, une nouvelle lésion s'est développée ; c'est une plaque rouge, limitée à la périphérie par des vésico-pustules, ramollie au centre, reposant sur une infiltration considérable du derme et mesurant 7 centimètres de diamètre.

On voit en outre des pustules isolées et d'autres réunies en groupe sur les fesses, et la partie postérieure de la cuisse et de la jambe gauche. Les lésions vulvaires paraissent éteintes presque partout ; la partie externe des grandes lèvres et le sillon génito-urinaire ont une coloration d'un rouge bronzé ; la plaque est encore limitée par un rebord saillant qui supporte des pustulettes et des croûtelles réunies en segments de cercle ; on voit encore quelques pustules nouvelles sur le bord libre des grandes lèvres et en dehors de la plaque.

4 mai. — La plupart des plaques du cuir chevelu ont disparu en laissant place à des îlots d'alopécie incomplète ; on voit encore, sur la région temporale gauche, un groupe d'élevures indurées dont quelques-unes sont surmontées de pustulettes.

Une nouvelle plaque s'est formée dans l'aisselle droite au dessous de celles qui ont été précédemment indiquées. Les lésions des mains ne sont plus représentées que par une surface rouge surmontée de croûtelles et de quelques saillies végétantes. A la fesse gauche, la grande plaque s'est presque partout affaissée ; elle a cessé de suppurer ; on y trouve encore quelques saillies mamelonnées ; elle est recouverte dans son tiers supérieur d'une croûtelle grisâtre ; ses bords sont saillants et indurés ; sa coloration varie du rouge violacé au brun sombre ; elle disparaît sous la pression du doigt.

La plaque située plus en arrière s'est étendue ; elle s'est abcédée profondément ; on y perçoit la fluctuation sur une surface grande comme une pièce de 5 francs ; un orifice donne issue à un liquide séro-purulent ; on voit autour des pustulettes ; le tissu cellulaire est induré autour de la plaque dans une étendue qui égale verticalement celle des deux mains et est moitié moindre transversalement.

11 mai. — Les deux plaques de la fesse mesursnt 10 centimètres sur 8 ; la plus ancienne, située en dehors, est maintenant d'un brun sombre et entourée de macules brunâtres de toutes dimensions ; les téguments sont indurés à son niveau ; la plaque située en dedans et en arrière est encore en pleine activité, formant une saillie notable ; elle présente à sa surface de nombreuses pustulettes ; la plaque

inférieure de l'aisselle mesure maintenant 3 1/2 centimètres sur 1 1/2 centimètre.

15 mai. — Des pustulettes ont apparu il y a trois jours au-dessous du sein droit ; elles sont actuellement groupées circulairement à la périphérie d'une plaque arrondie, grande comme une pièce de 1 franc et présentant pour la plupart un poil dans leur partie centrale, donnent issue à un pus épais et blanchâtre ; elles s'élèvent à 1/2 centimètre au-dessus des parties affaissées ; les cheveux sont très raréfiés dans cette région.

Dans l'aisselle droite, la plus élevée des saillies indurées et pigmentées porte encore des pustules en évolution. Un groupe de pustules s'est développé derrière l'épaule droite. On note à la fesse droite une plaque nouvelle formée par des pustules agminées en cercle qui reposent sur une saillie érythémateuse et une induration du tissu cellulaire sous-cutané.

La plaque de la nuque est traitée depuis huit jours par de l'iodoforme recouvert de diachylon.

La vaseline additionnée de sublimé à 1/500 n'a pas amélioré l'état des lèvres ; on la remplace par une pommade au salol. Nous prescrivons un collutoire boraté pour la langue.

3 juin. — *L'inoculation au bras du liquide provenant d'une vésico-pustule du sein donne des résultats négatifs.*

La plaque de la nuque s'est affaissée, on voit néanmoins encore à sa périphérie quelques éléments nouveaux, des pustulettes, les unes isolées, les autres réunies en groupe sur une saillie rouge et indurée ; elles ont pour la plupart un poil à leur centre. On applique sur elles un emplâtre salicylé et créosoté (formule d'Unna). La plaque inférieure est

presque entièrement guérie ; il reste un groupe de vésicules à la partie supéro-interne de la cuisse gauche ; les lèvres, traitées par la pommade au salol et la plaque du sein traitée par de l'eau boriquée sont en voie d'amélioration ; une nouvelle lésion suppurative s'est produite dans le dos, au-dessous de l'épaule gauche ; elle est constituée par une saillie rouge, à base indurée, donnant issue à du pus par un pertuis central autour duquel on voit des pustulettes.

Un bouton du volume d'un grain de chènevis et surmonté d'une vésico-pustule s'est développé à l'épigastre.

14 juin. — Une nouvelle plaque s'est produite au cuir chevelu, dans la région pariétale droite, elle mesure déjà près de 7 centimètres de diamètre. Pansement au salol.

5 juillet. — La plus grande partie des boutons de la nuque se sont affaissés ; quelques-uns sont encore en suppuration.

Au cuir chevelu, on voit au vertex, sur la partie gauche de l'occiput et dans la région pariétale droite, de nouvelles plaques saillantes, érythémateuses, surmontées de pustulettes et mesurant environ 1 centimètre de diamètre.

Les lèvres sont presque complètement guéries.

Le petit foyer sur le sein droit persiste. Au-dessus du pubis, un groupe de saillies mamelonnées forme un demi-cercle à concavité inférieure ; la pression en fait sourdre du pus.

On applique la pommade au salol sur les plaques du cuir chevelu, l'emplâtre salicylé et créosoté sur la plaque pubienne.

3 août. — Sur la limite des régions pariétale et occipi-

tale gauches ; se trouvent trois plaques arrondies ; la peau y est rouge et indurée ; l'alopécie y est presque complète.

Les cheveux sont raréfiés au niveau de la grande plaque, elle présente une pigmentation d'un brun foncé ; on note encore dans sa partie supérieure quelques saillies mamelonnées dont plusieurs sont surmontées de pustules.

Sur chacune des lèvres, il n'y a plus qu'une fissure verticale ; la surface est excoriée à l'union du bord libre et de la muqueuse.

Sur la muqueuse de la joue gauche, à la hauteur de la commissaire, on voit une saillie du volume d'une lentille, mamelonnée, indurée, présentant de nombreux foyers de suppuration miliaire. En arrière de celle-ci, se trouve une saillie moins prononcée, analogue, double d'étendue avec les mêmes foyers de suppuration. Derrière la commissure droite, on note une lésion semblable ; elle forme une plaque allongée d'avant en arrière, mesurant 2 centimètres de long sur 1 centimètre de large, sillonnée de lésions de cicatrice. Les lésions de la voûte palatine présentent les mêmes caractères, seulement les saillies y sont confluentes. Mêmes éléments sur la langue où ils sont séparés par des sillons profonds d'un demi-centimètre et entre-croisés en tous sens.

Il y a encore au-dessus du pubis, des noyaux indurés avec rougeur de la peau, et, en arrière de la vulve, une saillie dure, atteignant le volume d'un gros pois et présentant un pertuis d'où on peut faire sortir du pus. Au niveau des nodosités sus-pubiennes, les poils sont très raréfiés. Ces deux nodosités sont distantes de 2 centimètres et placées aux extrémités transversales d'une plaque indurée et pigmentée.

A la partie interne de la cuisse droite, à trois centimètres, au-dessous de la grande lèvre, on voit une nodosité de la grosseur d'un pois ; elle est surmontée de petites saillies blanchâtres (grains de millet) dont la pression fait sortir du pus. Au niveau de ces parties, la peau a une coloration brunâtre.

La malade sort le 27 août, très améliorée. Il lui reste ses plaques d'alopécie, la pigmentation des parties malades et une plaque indurée au-dessus du pubis.

Il n'y a pas de cicatrices : on constate seulement, au niveau des grandes plaques maculeuses des fesses, un épaississement avec induration du derme et du tissu sous-jacent.

Les lésions de la muqueuse buccale persistent également : l'état sillonné de la langue est le même, et l'on voit toujours des saillies mamelonnées avec points suppurés à la face interne de chaque joue.

17 octobre. — La malade se présente à notre consultation. Nous constatons que l'état de la muqueuse buccale ne s'est pas modifié.

De nouvelles éruptions pustuleuses ont reparu depuis plusieurs jours dans des régions précédemment atteintes, l'aisselle droite, les grandes lèvres et la partie interne de la cuisse gauche. Les éruptions vulvaires se sont produites peu de jours après la sortie et ont persisté depuis lors.

La malade rentre le 25, au numéro 4 de la salle Lugol. Elle porte sur le cuir chevelu plusieurs plaques semblables à celles qui ont été décrites antérieurement.

A la suite d'une piqûre, il s'est développé une suppuration du pouce et de l'annulaire gauche ; on voit sur leur face dorsale des pustulettes agglomérées.

7 novembre. — Nous avons vu s'étendre progressivement une plaque suppurative située au vertex ; elle mesure maintenant 7 centimètres de diamètre ; les cheveux s'arrachent facilement à son niveau. Elle se continue à droite avec une plaque semblable qui mesure 3 centimètres sur 2. Les lésions de l'aisselle droite se sont notablement aggravées. On y distingue trois plaques superposées, rouges, saillantes de près de 1 centimètre, allongées transversalement, séparées par des sillons profonds d'apparence fongueuse ; elles reposent sur un tissu cellulaire induré. Leur surface est parsemée de petits foyers purulents qui présentent tous les intermédiaires entre la pustulette miliaire et la pustule du volume d'un pois ; les poils sont en partie tombés.

Le pouce de la main gauche est recouvert depuis la veille d'un emplâtre contenant 1 gramme de sublimé, 20 grammes de mercure et 10 grammes d'acide phénique par rouleau d'un cinquième de mètre carré. On trouve dans toute la partie sous-jacente l'épiderme soulevé en masse par une collection purulente. On prescrit l'application sur les parties malades de la main, du cuir chevelu et de la vulve de compresses imprégnées d'eau boriquée, et sur celle de l'aisselle, de l'iodoforme. On touche trois fois par jour la muqueuse des joues et de la voûte palatine avec la glycérine phéniquée. On y distingue encore de nombreuses pustulettes.

15 novembre. — La grande plaque du cuir chevelu s'est encore étendue, elle mesure actuellement 0,10 sur 0,08 ; mais elle s'est affaissée dans sa partie centrale qui ne présente plus que de l'épaississement avec induration de la peau ; dans le reste de sa surface, elle est encore criblée de

pustulettes dont quelques-unes ont un cheveu à leur centre. Les cheveux sont raréfiés à ce niveau. On voit deux plaques plus petites dans la région pariétale droite et une au niveau de la suture pariéto-occipitale gauche.

Dans l'aisselle, les pustules ont pour la plupart disparu.

L'état du pouce gauche s'est beaucoup amélioré. La suppuration est tarie presque complètement ; elle ne persiste qu'au pourtour de l'ongle qui est décollé.

22 novembre. — Le traitement par les applications boriquées a amené une grande amélioration. On ne distingue plus, sur le cuir chevelu, qu'un petit nombre de pustulettes ; les saillies anormales s'y sont affaissées.

L'ongle du pouce gauche est tombé ; il n'y a plus là de lésions en activité ; il en est de même dans l'aisselle, à la vulve ; c'est seulement sur la grande lèvre droite que l'on voit encore quelques saillies mamelonnées surmontées de pustules. Seules les lésions buccales persistent avec les mêmes caractères. On substitue aux applications de glycérine phéniquée celle de vaseline boriquée.

27 novembre. — De nouvelles pustules agglomérées ont apparu en différents points du cuir chevelu. Partout ailleurs l'amélioration s'accentue, l'état de la muqueuse buccale a été favorablement modifié par les applications boriquées ; le nombre des pustulettes y est beaucoup moindre.

5 décembre. — Presque partout les foyers de suppuration se sont éteints ; ils ne sont plus représentés que par des saillies indurées et pigmentées. On voit encore un très petit nombre de pustulettes sur la plaque du vertex.

13 février 1889. — L'état de la malade est resté très satisfaisant depuis la dernière note ; néanmoins la guérison

ne peut être considérée comme complète : à plusieurs reprises, nous avons constaté la présence de vésico-pustules miliaires isolées sur le cuir chevelu ; elles ont disparu sans se multiplier sous l'influence du pansement boriqué. Nous notons également un groupe d'éléments semblables sur la grande lèvre gauche.

Les lésions buccales ont persisté sans amélioration notable, jusqu'à la fin de janvier, malgré les applications de glycérine phéniquée ; des pustulettes ont continué à se développer d'une manière ininterrompue dans les régions que nous avons indiquées ; mais depuis quinze jours une amélioration évidente s'est produite ; sous l'influence de la solution d'acide borique que la malade a maintenu dans la bouche plusieurs fois par jour pendant quelques minutes ; les pustulettes ont cessé de s'y produire et actuellement on n'en voit plus aucune ».

La malade mourut plusieurs années après d'un érysipèle.

N. B. Les moulages de cette malade existent encore au musée de l'Hôpital Saint-Louis (Collection Générale, nos 1325, 1326 et 1344, vitrine n° 9).

Observation II (résumée).

(Feulard, 1889 *ibid.*, p. 359 et suivantes.)

Les moulages de ce cas, exécutés par Barretta sont visibles au Musée de l'Hôpital Saint-Louis (Vitrine n° 9 moulages 1460 et 1461) et dans l'Atlas des Maladie rares de la peau, n° 7.

Voici l'histoire résumée de ce cas.

G... (Léon) cinquante ans, garde-champêtre.

Aucun antécédent, sauf variole il y a 25 ans. Pas de syphilis avouée. Il y a un an que la maladie actuelle a débuté simultanément aux régions actuellement occupées sous forme d'éléments éruptifs, petits boutons pustuleux isolés, confluant secondairement.

Actuellement, trois sièges: *génito-crural* face, cavité buccale.

1° Région génito-crurale : épais placard éruptif rouge brun foncé, en « caleçon de bain », suintant, traversé de sillons d'aspect mamelonné rappelant certains condylomes syphilitiques. Il est limité par un rebord irrégulier, festonné, avec à la périphérie des éléments pustuleux. Quelques éléments erratiques en peau *saine* près du bord.

Tous les stades se retrouvent dans ces éléments depuis la pustulette à pourtour rouge et centre grisâtre, jusqu'à l'élément saillant, papuleux, dur, de 0,50 à 1 franc A la pression, gouttes séro-purulentes. Le grand placard est formé par la coalescence de ces éléments primitifs. Atteinte de la verge, face postérieure, dans la région en contact avec le scrotum. Les lésions sont au maximum aux plis naturels, régions naturellement suintantes, où elles ont un aspect végétant remarquable comme dans la région péri-anale. Les poils clairsemés.

2° Face: joue gauche, lèvres, région sous-maxillaire gauche : aspect sycosiforme. Placard de 5 francs avec issue de nombreuses gouttelettes de pus à la pression. Poils conservés mais plus facilement caducs qu'à la partie pubienne et qu'en régions saines.

3° Cavité buccale : Les lésions siègent à la commissure labiale gauche et à la face interne de la lèvre inférieure : il semble qu'il y ait continuité de tissus entre l'éruption cutanée et celle des muqueuses. Aspect de *leucoplasie végétante*. Face supérieure de la langue sillonnée de plis, avec bouquets de végétations papillomateuses dont la pression fait sourdre du pus ou du sang Envahissement secondaire des piliers, de la luette et du voile du palais.

En résumé, malade très analogue à celui présenté par Hollopeau.

Biopsie (Dr Darier) :

La coupe a porté sur un fragment de peau du bord d'une plaque, en un point végétant et pustuleux. Fixation à l'alcool.

L'examen montre un énorme accroissement des papilles et bourgeons inter-papillaires. Les papilles ont 20 fois leur hauteur normale, sont très élargies, surtout à leur sommet, et œdémateuse. Les vaisseaux sont dilatés, peu de cellules lymphoïdes au voisinage. Bourgeons interpapillaires, allongés, élargis, parfois ramifiés à leur extrémité profonde, formés de cellules malpighiennes souvent un peu étirées, les couches cornée et granuleuse dont l'épaisseur n'est pas en général très accrue, pénètrent souvent en entonnoir dans les boyaux épidermiques les plus larges

Le derme est normal, sauf un œdème assez marqué, surtout autour des vaisseaux et des glandes sudoripares. Pas de follicules pileux dans les coupes.

La couche papillaire présente partout une infiltration diffuse par des cellules lymphoïdes. Cette infiltration est modérée sauf en certains points où l'on voit de *véritables petits*

abcès. Ceux-ci constituent *la lésion essentielle et la plus caractéristique*. Presque tous ces abcès correspondent par leur hauteur au tiers inférieur des bourgeons interpapillaires, un petit nombre, plus élevés sont ouverts à l'extérieur et recouverts par des croûtes. Ils contiennent des polynucléaires très altérés, des cellules lymphoïdes au pourtour.

Le malade sortit du service du Professeur Fournier où il était soigné vers le début d'octobre 1889. Il entra à la fin du même mois dans le service du Dr Hallopeau, qui le présenta à nouveau à la Société de Dermatologie en 1891 (Hallopeau, Société de Dermatologie, 1891, p. 219).

A son arrivée dans le service, le malade fut mis au traitement de la façon suivante :

Lésions du tronc : iodoforme.

Lésions de la face : pommade boriquée à un pour dix.

Lésions de la bouche : lotion au chloral.

Un mois plus tard, l'amélioration est nette, le malade demande à partir. Les saillies pustuleuses sont très effacées, très peu nombreuses sauf aux points d'adossement des plis cutanés. Dans l'ensemble, même aspect général que sur le moulage.

Le malade est revu en mars 1890 ; les lésions ont continué à évoluer et ont envahi d'autres territoires :

a) Le pied gauche est pris et les lésions l'englobent entièrement et remontent jusqu'au 1/3 inférieur de la jambe ;

b) Le cuir chevelu est pris presque en totalité : peau épaissie, éléphantiasique, creusée de sillons profonds. Les lésions sont limitées par un rebord saillant que surmontent des pustules en évolution. Les lésions sont les mêmes à la face et aux lèvres ; il existe quelques ganglions inguinaux et sous-maxillaires tuméfiés et douloureux.

En juin 1890, aspect cérébriforme du cuir chevelu, alopécie presque totale. Les lésions du pied et de la jambe sont de même très végétantes, formant une masse continue recouverte de croûtes brunâtres, épaisses de 1 millimètre, limitées par des sillons qui s'entrecroisent en tous sens. Limite nette avec les tissus sains par un rebord saillant.

Examen bactériologique : *staphylocoque blanc.*

Le malade revu en mars 1891, va mieux ; au cuir chevelu, disparition de l'aspect cérébriforme, grande amélioration, repousse capillaire intense, teinte naturelle. Au pied, disparition presque totale des lésions, avec reliquat pigmentaire.

Le malade enfin aurait été revu en 1894 par un médecin de Trèves : guérison complète, toute trace de la maladie est effacée depuis deux ans, repousse intégrale des cheveux à 55 ans.

Observation III (résumée)

(Hudelo et Wickham, 1891,

Bulletin de la Société de Dermatologie, p. 444.)

Hudelo et Wickham relatent un cas typique de Pyodermite Végétante localisée à la main et à la région périnéo-génitale et à la muqueuse buccale chez un homme du service du professeur Fournier.

Il s'est toujours agi de lésions *pustuleuses* sans vésicules ni bulles. Présence de *staphylocoque blanc*. Histologiquement, mêmes caractères que ceux décrits par Darier dans le cas Feulard.

Le malade étant sujet depuis 1887 à des poussées de Der-

matite de Dühring à forme pustulo-végétante, les auteurs admettent qu'il s'agit d'une nouvelle poussée. Ils ajoutent cependant les remarques suivantes :

« Bien que nous présentions ce cas comme une variété de « dermatite herpétiforme, nous croyons devoir faire interve- « nir pour l'explication des lésions pustuleuses avec auto- « inoculation superficielle, serpigineuse, l'influence au moins « à titre d'agent infectieux secondaire et sur un terrain pré- « paré par la dermatite herpétiforme du micro-organisme « *qui détermine dans la maladie de Hallopeau* des carac- « tères identiques, soit le staphylococcus albus qui a été « trouvé à l'état pur dans les deux cas de Hallopeau comme « dans le nôtre, soit quelque microbe spécial actuellement « inconnu. »

Observation IV (résumée).

(Hallopeau et Le Damany,

Société de Dermatologie, 1895, page 8.)

Jeune homme de 19 ans. Début par les joues et le menton. Envahissement secondaire des lèvres et des narines. Lésions pustuleuses et végétantes.

Dans ce cas la triade symptomatique existe :

1° Disposition en foyers asymétriques à extension graduelle par prolifération des vésico-pustules.

2° Etat végétant du derme.

3° Atteinte de la bouche et des lèvres avec sclérose linguale.

Les lésions ne ressemblent ni au Dühring ni au Pemphi-

gus Végétant et réagissent de même à un traitement spécial, purement antiseptique.

L'auto-inoculation, tentée au bras, du contenu d'une vésicule reste négative.

A l'examen bactériologique, présence de *bactérium coli*, tuant le cobaye. La culture fournit les mêmes microbes que l'examen direct.

Observation V

(Hallopeau et Monod, 1895.)

On la trouvera *in extenso*, dans le *Bulletin de la Société de Dermatologie*, 1895, p. 312.

Les auteurs présentent deux malades atteints le premier de Dermatite de Dühring, l'autre de Pyodermite Végétante typique, et montrent les différences cliniques entre les deux affections ainsi qu'avec le Pemphigus végétant.

Observation VI (résumée).

(Hallopeau, 1898, publiée dans *Archiv. für Dermatologie und Syphilis*, 1898, page 289, tome I. XLIII.)

Pyodermite végétante : « ihre Beziehungen zur Dermatitis herpetiformis und dem Pemphigus vegetans ».

Hallopeau rappelle les faits déjà publiés et relate une sixième observation en détail.

Il résulte des faits en question que la Pyodermite végétante constitue un type très tranché, se caractérisant par : apparition chez l'adulte, cause indéterminée, efflorescence

primitive dans les régions génitale et buccale, lésion primitive toujours pustuleuse qui se multiplie rapidement et confluе en placards agminés, extension de proche en proche par auto-inoculation, bon pronostic, possibilité de traitement local, de suppuration sous-cutanée qui n'existent pas dans le Dühring.

Observation VII (résumée).

(Hartzell, 1901. *Journal of cutaneous diseases.*)

Mineur de 57 ans, présentant des lésions végétantes de la face interne des cuisses et du pubis, datant de 18 mois, très prurigineuses.

Début par pustules isolées puis confluence, au dire du malade.

Mort par pneumonie.

Biopsie : amincissement de la couche cornée, hyperacanthose, présence d'*abcès miliaires* avec polynucléaires et infiltration de petites cellules rondes dans les papilles, présence du *staphylocoque doré.*

L'auteur rappelle que ce cas ressemble tout à fait à celui de Hallopeau *Pour lui, Hallopeau a eu tort de ranger dans la maladie de Neumann la maladie qu'il a décrite.* Pour Hartzell, il y a deux choses très différentes : une maladie *bulleuse d'emblée* qui est le Pemphigus de Neumann, et une maladie *pustuleuse* qui est la maladie d'Hallopeau qu'il rapproche plutôt de la Dermatite de Dühring.

Observation VIII (résumée).

(Jamieson, *British Journal of Dermatologie*, 1902.)

Fillette, éruption sur le cuir chevelu, les épaules, le tronc, le coude, le dos, les grandes lèvres et la vulve.

Début un an auparavant par le médius gauche ; extension progressive.

Actuellement placards végétants presque papillomateux, limités par un bourrelet périphérique érythémateux ; quelques vésicules dans le placard ; à la pression, liquide séro-purulent, lésions des ongles, pas de prurit.

Nombreuses pustulettes qui sont les lésions élémentaires, adénopathie de voisinage.

Biopsie : Epithélium épaissi par places, avec tendance à pénétrer dans le chorion, zones interpapillaires allongées et élargies, prolifération intense de la couche basale de Malpighi, néo-vaisseaux, cellules lymphoïdes et leucocytes, avec éosinophiles, absence de microbes dans les coupes.

Dans la sérosité purulente, présence de *staphylocoque blanc*. Eosinophilie sanguine : 40 %.

Traitement : pansements boriqués, pulvérisations, topiques au tannin.

L'auteur identifie son cas à celui de Hartzell et à celui de Feulard et pense qu'il se rapproche de la maladie de Dühring, sans en faire partie. Il en rapproche certains cas d'acné chéloïdienne.

Observation IX (résumée).

(Ledermann, Congrès de Berlin, 1904.)

L'auteur propose pour la première fois le nom de « Maladie de Hallopeau », pour la maladie dont il décrit un nouveau cas.

Femme de 35 ans, qui n'a comme antécédents morbides qu'une affection cutanée de l'oreille droite (eczéma) en 1891.

Début de la maladie en novembre 1892 par l'aile du nez, sous forme de folliculites d'aspect bizarre, traitées d'abord comme un lupus par Finsen. La muqueuse nasale est secondairement envahie. En même temps se développent des lésions périombilicales qu'on traite par la radiothérapie. L'extension se fait bientôt aux oreilles, aux doigts (novembre 1903).

En novembre, poussée thermique, puis le 17 décembre, seconde poussée à 38°3 avec céphalée, troubles gastro-intestinaux. En même temps, éruption généralisée symétrique, avec grosse infiltration générale douloureuse des bras et des jambes. Puis sédation en 15 jours. Six mois après, l'état général est devenu très bon, il ne reste que des cicatrices pigmentées hypertrophiques avec hypertrophie des ongles.

Pour Ledermann, la maladie est d'abord locale. La généralisation se fait par voie sanguine, ce qui expliquerait les épisodes fébriles, mais surtout *par auto-inoculation*. L'affection est nettement distincte de l'impétigo herpétiforme de Hébra-Kaposi.

Observation X (résumée)

(Gaucher et Malloizel, 1906.)

Homme de 36 ans, cheminot. Syphilis à 20 ans, sans rapport avec l'affection actuelle.

Celle-ci date de 3 mois, au début, eczéma interfessier avec furoncle de la fesse gauche. Secondairement adénite inguinale suppurée, incisée ; quelques folliculites suppurées des aines pour lesquelles on rase le patient. Ce rasoir écorche les pustulettes et 8 jours après l'éruption s'étend : apparition de *vésico-pustules* aux aines, au pubis, à la racine des cuisses, au bas ventre, à l'ombilic, dans la région dorsale inférieure. Confluence en placards, puis l'éruption remonte vers l'aisselle, la face antérieure du thorax. Prurit très intense, inoculation par grattage aux creux poplités, à la *commissure labiale*. Les placards sont très étendus, surélevés, d'aspect lichénoïde, à contours polycycliques. Chacun est formé par des éléments papuleux confluents à la périphérie, vésicopustules disséminées en peau saine, à la lisière. Centre des placards papuleux, dur, surélevé, prolifération hypertrophique du derme. En certains points, aspect papulotuberculeux tellement l'hypertrophie végétante du derme est prononcée; pigmentation. Aucune lésion des muqueuses, état général parfait.

A l'examen microscopique, présence de *staphylocoque doré*.

Traitement. — Pansements humides, pulvérisations résorcinées, un bain quotidien. Guérison en 1 mois : affaissement progressif des placards, dépigmentation progressive.

A la suite de la présentation à la Socité de Dermatologie, M. Hallopeau déclare : « On doit à M. Gaucher d'avoir « démontré que cette maladie est une pyodermite d'origine microbienne ».

Observation XI (résumée)

(Fordyce et Gottheil, *Journal of cutaneous diseases*, 1906.)

Homme de 42 ans, clerc de notaire. Diverses atteintes, évolution par poussées. Lésions présentant l'aspect de brûlures, prédominance à la jambe gauche et région génito-crurale, abcès et végétations se formant secondairement à des pustules qui s'ouvrent et laissent place à des végétations verruqueuses.

Lésions buccales. Eosinophilie 17 %.

Biopsie. — Hyperacanthose, parakératose, figures de mitose.

Bactériologiquement.— Quelques cocci Gram et staphylocoques.

Traitement par antiseptiques.

L'auteur conclut à analogie avec la maladie d'Hallopeau.

Observation XII (résumée)

(Brocq et Francon, 1912, publiée comme Pemphigus végétant, sous variété Hallopeau.)

Femme de 49 ans, début 6 mois avant par le pied, la jambe, la vulve, les lèvres, l'aisselle.

Lésions végétantes s'étendant progressivement de façon excentrique. Lésions vésicopustuleuses de bordure, vésicopustules aberrantes.

Aspect papillomateux central, avec quelques points en activité, vésicopustules, et quelques points en voie de guérison ; zones seulement pigmentées, grosse éosinophilie sanguine 43 %. En plus, éléments érythémato-urticariens, vésicobulleux, prurit intense, du cadre de la maladie de Dühring. Brocq discute diverses hypothèses à ce sujet. Il s'agit sûrement de maladie d'Hallopeau, mais coexistant avec des signes de dermatite polymorphe.

Faut-il admettre :

1° Une Maladie d'Hallopeau pure dans laquelle on pourrait voir des éruptions analogues à la Dermatite de Dühring?

2° Une dermatite de Dühring compliquée de végétations, c'est-à-dire une *forme végétante* de la maladie de Dühring ?

3° Une forme de passage entre Dühring vrai, et Pemphigus Végétant vrai ?

4° Une Dermatite de Dühring vraie, compliquée d'*infection secondaire* qui donnerait naissance au type d'Hallopeau.

Selon Brocq, la *Maladie de Hallopeau rappelle les affections microbiennes externes superficielles.*

Un an après, les mêmes auteurs présentent à nouveau la même malade, qui, à la suite d'un érysipèle très grave présenta une amélioration brusque et une guérison presque totale de toutes ses lésions.

Observation XIII (résumée) (1906)

(Pusey, publié dans le *Journal of cutaneous diseases* : Deux observations de Maladie de Hallopeau de l'enfant.)

Cas 1. — Enfant âgé de ?, lésions typiques de la face, du cou, de la région génitale. Début concomittant avec un eczéma aigu suintant ; apparition de placards végétants avec papulo-pustules. Recherche du trichophyton négative. Echec des rayons X. Par contre, présence du staphylocoque doré, résultats rapides par le traitement antimicrobien (acide borique, vaseline boriquée).

Cas 2. — Enfant de 15 mois ; lésions des membres inférieurs et de la vulve, prurit intense. Lésions coexistant avec eczéma suintant de la face et du cuir chevelu.

Sur les membres inférieurs, lésions végétantes suintantes ; staphylocoque doré à la culture.

Histologie. — Hyperplasie épithéliale, tissu granuleux très vasculaire ; l'hyperacanthose est localisée aux cellules du « rete » ; couche cornée diminuée ou parakératosique.

Petits alvéoles avec polynucléaires, augmentation des espaces interpapillaires.

En résumé, tissu de granulation, néo-vaisseaux.

L'auteur rapproche ses 2 cas de ceux publiés par Hartzell, Hudelo, par Wende et Degroat et par Perrin.

Observation XIV (résumée) (1927)

(Bernucci. *Giornale italia della Dermat.*, 1927 p. 1408.)

Femme 71 ans, début par Pemphigus vulgaire bénin, puis apparition des lésions végétantes, verruqueuses, mamelonnées avec sillons intermédiaires. Présence du staphylocoque blanc et du staphylocoque doré.

L'auteur se demande s'il faut incriminer le microbe ou le terrain dans cette évolution particulière vers la végétation et conclut que les deux facteurs ont une importance égale

Observation XV (résumée)

(Dr Milian, *Revue Française de Dermatologie*, 1927.)

Homme de 58 ans, patissier, entre dans le service du Dr Milian, salle Saint-Louis, le 1er juin 1926, pour des lésions de la peau, occupant surtout les aisselles et les régions génito-crurales.

Les lésions occupent actuellement la partie gauche du thorax, la région axillaire droite, la partie antérieure de l'abdomen, le tour de l'ombilic, la région pubienne, la région inguinale et cruro-scrotale, l'aisselle gauche et la jambe gauche. En ce dernier point, les lésions constituent un vaste placard recouvert de croûtes commençant à 4 travers de doigt au-dessous de la rotule et allant jusqu'à la région malléolaire. La face externe entière de la jambe est atteinte. La face postérieure et la face interne ne présentent que

quelques petits îlots disséminés, de la dimension d'une pièce de deux francs.

Les lésions se présentent comme une vaste nappe papillomateuse qui présente de nombreux sillons séparant les lésions papillaires et ayant plusieurs millimètres de profondeur quelquefois même près d'un centimètre. Quand ces lésions sont détergées de leurs croûtes, les papillons paraissent hémisphériques et l'ensemble de la lésion a une couleur rouge brunâtre qui paraît relativement sèche. Mais, ainsi que nous l'a montré le malade, qui considère que c'est un de ses moyens de guérison, *lorsqu'on presse la peau parallèlement à sa surface, on fait sortir entre les papillomes et peut être même à la surface de certains d'entre eux, des gouttelettes purulentes de la dimension moyenne d'une tête d'épingle, quelques-unes plus petites, quelques autres plus grosses, absolument comme dans le kérion trichophytique en serrant la lésion par les extrémités d'un de ses diamètres.* Ces gouttelettes de pus sont jaune verdâtre et assez épaisses. Le contour de ces placards est nettement délimité et la transition entre la peau saine et la partie malade est absolument brusque, quelques éléments de la face postérieure du bras droit qui se sont développés récemment, apparaissent arrondis comme de l'eczéma nummulaire, et saillants comme le kérion trichophytique. Ces lésions nummulaires ont une certaine ressemblance avec cette affection.

A la périphérie des placards, il est possible de retrouver de place en place une petite pustulette de la dimension d'une tête d'épingle, la plupart du temps centrée par un poil, indice d'une lésion folliculaire qui est la lésion élémentaire de cette maladie.

Il existe aux deux aines un ganglion crural assez volumineux.

A l'arrivée du patient, et en présence des localisations aux aisselles et dans les régions inguino-scrotales, on pensa tout d'abord qu'il s'agissait d'un *phemphigus végétant*, mais en observant avec soin le malade au point de vue de l'évolution des bulles, jamais on n'a pu surprendre l'apparition de la moindre bulle ; par contre la constatation de petites pustulettes folliculaires orientait le diagnostic vers une Pyodermite Végétante.

Ces lésions ne s'accompagnent pas de signes fonctionnels importants. Il y a un léger prurit, parfois des picotements pendant la deuxième partie de la nuit ; la station debout est un peu douloureuse, la marche ne l'est pas.

Antécédents : L'histoire de ce malade est la suivante : il raconte qu'à l'âge de 18 ans, il reçut un coup de pioche à la partie inféro-interne de la jambe gauche ; cette plaie, qui avait guéri après un traitement de 8 mois avait cicatrisé, mais deux ou trois après, se rouvrit pour se cicatriser à nouveau et faire jusqu'à ce jour des alternatives semblables de guérison et de récidive, sans jamais guérir de manière définitive. Huit jours avant l'entrée du malade à l'hôpital, il n'y avait pour toute lésion sur la peau de cet homme qu'une plaie siégeant au tiers inférieur da la partie antérieure de la jambe gauche, qui existait encore à l'entrée, sous forme d'une ulcération peu profonde de la dimension d'une pièce de deux francs. L'extension de la lésion, non pas sous forme d'une ulcération, mais sous la forme de lésions végétantes pour lesquelles il est venu à l'hôpital, s'est faite rapidement en l'espace d'une huitaine de jours, et

le malade attribue l'apparition et l'extension de la dermatose à un bain de feuilles de sauge à la suite duquel les lésions ont commencé.

Examen général : Viscères normaux ; seulement un peu de respiration soufflante au sommet, et sous crépitants à la base gauche ; cœur normal, réflexes rotuliens et oculaires normaux, signes d'imprégnation alcoolique. Antécédents personnels ; fièvre typhoïde à 8 ans, marié, deux enfants bien portants ; aucune fausse couche chez la femme du malade. Température légèrement fébricitante, 37° le matin, 37°4 le soir, avec cependant de temps à autre une légère exacerbation fébrile vespérale à certains jours et pouvant atteindre 38°. Poids 72 kilos. La séro-réaction de Wassermann faite à plusieurs reprises s'est toujours montrée négative.

Durant son séjour à l'hôpital, le malade a vu son éruption s'étendre ; les deux jambes se sont prises presque en totalité, ainsi que la face dorsale des orteils et de nouveaux éléments sont apparus aux bras. A noter cependant que les régions axiliaires ont guéri à peu près intégralement, laissant à leur place des macules pigmentaires. Les régions inguinales montrent des reliquats maculeux analogues. Lorsqu'une nouvelle lésion apparaît, elle se développe avec une extrême rapidité et nous avons pu observer le développement d'une plaque de la dimension d'une pièce de 5 francs en l'espace de trois ou quatre jours.

Traitement : Les traitements les plus variés ont été institués chez cet homme sans aucun résultat : vaccinothérapie avec un auto-vaccin préparé avec le staphylocoque des lésions du malade, applications répétées de solution alcoolique de

cristal violet et de vert de méthyle, rayons X, injections de 914 n'ont pas amené la moindre modification des lésions. Avec la teinture d'iode pure appliquée deux fois par semaine le résultat est meilleur qu'avec les autres médicaments, mais insuffisant.

Par contre, la guérison a pu être obtenue en quatre semaines avec la solution d'alcool iodé à 1 %. Le malade sort de l'hôpital à la date du 4 janvier 1927. Les jambes débarrassées de leurs végétations et conservant seulement une teinte brun foncé.

Les examens bactériologiques qui ont été faits avec le pus émanant des pustules du malade ont donné les résultats suivants : sur les *frottis* on trouvait à l'examen direct, de nombreux diplocoques et staphylocoques ; aux jambes, on trouvait, en outre, résultat assez inattendu, d'assez abondants leptothrix. Les cultures ont donné du staphylocoque, du bacillus cutis communis. Les ensemencements multiples faits sur gélose sucrée n'ont montré la présence d'aucune mycose.

Histologie : Plusieurs biopsies ont été pratiquées aux jambes, aux bras, aux aisselles chez ce malade et toutes ont montré des lésions analogues, à savoir : *absence totale de processus de formations bulleuses* en quelque point que ce soit et par contre, existence de lésions de *folliculite* typique. On voit en effet des follicules pileux encombrés de bouchons de polynucléaires et débordant sur l'épithélium malpighien adjacent où ils forment de *petits abcès miliaires intra-épidermiques identiques à ceux qui ont été décrits par Sabouraud dans les pustules staphylococciques folliculaires.* A côté de cette lésion fondamentale, il existe une forte

hyperacanthose avec parakératose ou kératinisation normale. Cette hyperacanthose très accusée rend compte de l'état papillaire des régions malades. Le derme papillaire et le derme profond présentent quelques infiltrations inflammatoires modérées.

Observation XVI (Personnelle, recueillie dans le service de M. le Dr Milian).

G..., 15 ans et demi, chaudronnier, entre le 3 octobre 1927, salle Saint-Souis, à l'hôpital Saint-Louis, pour des lésions folliculaires végétantes du pénil.

Examen le 3 octobre. Examen des lésions : la région du pénil est occupée par un vaste placard, infiltré et dur, végétant, débordant de 3 à 4 millimètres le plan des téguments avoisinants, de coloration rouge violacé. Il est formé par la confluence de lésions folliculaires comme en témoignent de nombreuses pustulettes centrant d'un point jaune l'ostium folliculaire des poils de la région. Ce placard a une forme triangulaire à sa base supérieure, à limites polycycliques, dessinant la région pénilienne. En bas, il déborde sur la base du fourreau de la verge jusqu'à la moitié inférieure de celle-ci, et la contourne latéralement pour atteindre les poils de la face antérieure des bourses et du raphé pénien médian.

Ces lésions sont peu douloureuses à la palpation, beaucoup moins qu'une folliculite banale. Il existe des ganglions inguinaux bilatéraux, sensibles au palper, du volume d'une noisette. A distance, sur la cuisse et la partie inférieure de l'abdomen, existent une trentaine de pustulettes ostiofollicu

laires isolées à différents stades de leur évolution ; les unes au début, d'autres lenticulaires, croûteuses, d'autres déjà guéries, marquées par une tache rose pâle avec un liseré brunâtre périphérique. Pas de lésions sur les jambes.

La pression selon le grand axe de la lésion du pénil fait sourdre en divers points un peu de pus verdâtre, comme dans le kérion, *signe indiqué par Milian* dans les Pyodermites Végétantes.

Sur les fesses, lésions isolées, croûteuses, en voie de cicatrisation à la fesse droite. A la fesse gauche, il existe trois placards légèrement papuleux contenant chacun une vingtaine de points folliculaires centrés par une pustulette jaunâtre.

Rien aux membres supérieurs ni à la bouche.

En somme, il s'agit de placards végétants du pénil, ayant débordé peu à peu sur les régions avoisinantes.

Interrogé sur le début de ses lésions, le malade raconte qu'il y a eu d'abord au mois d'août, 3 mois auparavant, des éléments suppurés isolés des poils du pénil. Par grattage et auto-inoculation de proche en proche, on en est arrivé à l'aspect actuel, malgré la pommade prescrite par le médecin du patient.

Le reste de l'examen est négatif, la séro-réaction de Wassermann est négative.

Examens de laboratoire

Frottis : Plusieurs frottis ont été faits avec le pus des placards ou des pustulettes, ainsi que des cultures sur gélose ordinaire. Frottis et cultures ont montré seulement du sta-

phylocoque blanc, agent habituel de la Pyodermite Végétante.

Biopsie : Une biopsie est pratiquée le 8 octobre à la périphérie des lésions, sur le placard de la région du pénil.

Elle montre une hyperacanthose nette, avec parakératose par endroits. En divers points de la coupe on constate l'existence de petits abcès miliaires renfermant de nombreux polynucléaires très altérés Pas de processus bulleux. En un point, on remarque deux abcès superposés.

Traitement : Le malade est traité successivement de la façon suivante :

Du 7 au 12 octobre : alcool iodé à 1 o/o ;

du 13 au 24 octobre : solution de crystal violet selon la formule de Milian ;

du 25 au 30 octobre : bains de permanganate à 1 pour 5.000.

Le 8 novembre, peu d'amélioration ; on essaie la pâte de zinc et les nitratages avec la solution de nitrate au 1/50, sans succès.

Un essai radiothérapique est fait le 18 novembre : le malade reçoit 5 H nus sur la région du pénil ; puis le 24 novembre on essaie un auto vaccin préparé avec le propre staphylocoque du malade. Il reçoit tous les deux jours, successivement 1/4, 1/3, 3/4, 1, 1 1/4, 1 1/2, centimètres cubes d'auto vaccin, sans amélioration.

Le malade sort alors sur sa demande. Revu quinze jours plus tard, il est remis à l'alcool iodé au centième, qui le guérit en 3 semaines. Revu six mois après, la guérison persiste ; il reste seulement quelque peu de pigmentation locale.

Observation XVII

(recueillie dans le Service de M. le Dr Hudelo).

Homme de 30 ans, manœuvre, de nationalité Polonaise, entre salle Rayer, le 22 septembre 1927, pour des lésions végétantes suppurées de la moustache, ayant débuté cinq mois auparavant, à type de sycosis. Ces lésions siègent sur la lèvre supérieure, presque exactement délimitées par les sillons naso-géniens. Les deux paupières présentent de la blépharite. Les fosses nasales sont indemnes. Présence de staphylocoque blanc à l'examen direct et à la culture.

Ce malade fut traité de la façon suivante : pulvérisations à la résorcine, pansements humides, collyre au nitrate d'argent et pommade à l'oxyde jaune dans le nez.

Le 3 novembre, disparition de l'inflammation ; on commence alors des scarifications linéaires quadrillées selon la méthode de Brocq et des pansements à l'emplâtre rouge. Epilation à la pince de la moustache et des cils.

Le 16 novembre, malade très amélioré : les lésions se sont affaissées des trois quarts de leur hauteur primitive. Elles ne saillent que d'environ 3 millimètres. Toute la lèvre supérieure est exactement occupée par des lésions rouge rosées, végétantes, donnant à la lèvre un aspect cérébriforme ; quelques poils rares subsistent. En déplissant la lèvre on n'aperçoit pas de pustulettes, *signe que la lésion est en voie de guérison*. Les lésions de blépharite sont presque guéries.

Une biopsie est pratiquée le 16 novembre.

Le malade est revu le 18 décembre, très amélioré. L'état végétant a presque disparu, la suppuration est tarie, pas de pigmentation consécutive. La biopsie pratiquée le 16 novembre a montré les lésions suivantes :

Forte hyperacanthose ; élargissement des papilles et des espaces interpapillaires. Léger oédème dermique avec vaisseaux dilatés. Pas trace de micro-abcès ni de lésions suppurées en activité (à cette date on ne constatait plus cliniquement qu'un état végétant mais il n'existait plus de pustules visibles).

Observation XVIII (personnelle)

P... Clément, cultivateur, 80 ans.

Vient pour un placard verruqueux et papillomateux des dimensions d'une pièce de 2 francs, siégeant à la tabatière anatomique droite.

La lésion a l'aspect d'un placard grisâtre, légèrement suintant, nettement papuleux, entouré d'une zone érythémateuse de 5 francs. En nettoyant la surface à l'éther, on constate que celle-ci est jaunâtre, hérissée de nombreuses lésions végétantes ressemblant à des condylomes vénériens. Il existe un léger suintement, mais pas de pus à la pression selon le grand axe, pas d'induration. *Prurit intense.*

La lésion dure depuis *six mois*. Elle a débuté, dit le malade, par un « poreau » qui a augmenté peu à peu et a rougi. Incisée par le médecin, la lésion a donné issue à un peu de pus avec une sérosité roussâtre. Peu à peu le mal s'étend, atteint les dimensions de 5 francs il y a deux mois. Depuis, sous l'influence de pansements humides alcoolisés,

la lésion a diminué et séché ; la lisière rouge périphérique visible est donc la trace des anciennes limites de la lésion.

Examen bactériologique : Staphylocoque blanc à l'examen direct et à la culture.

Biopsie : Hyperkératose, infiltration, lemphocytaire sans cellules géantes, lésions folliculaires du type pustule staphylococcique de Sabouraud.

Le diagnostic clinique, hésitant entre Pyodermite végétante et tuberculose verruqueuse (siège fréquent) a été tranché par la biopsie. Le traitement la confirme, guérison en trois semaines par l'alcool iodé.

Le malade est revu deux mois après : la guérison reste complète.

Observation XIX (personnelle) (1928)

M..., 17 ans, vient consulter à l'Hôpital Saint-Louis en novembre 1927, pour un *Psoriasis* à larges éléments, assez étendu, datant de deux ans, traité par la Thiocrysine, en injections intraveineuses hebdomadaires.

Il reçoit successivement 0 gr. 05, 0,10, 0,25, 0,50, 0,75, 1 gr., 1 gr.

Revu le 10 février 1928, le psoriasis est presqu'entièrement guéri, sauf persistance aux coudes et aux genoux de taches rebelles. Depuis quelques jours, il présente dans les régions inguinales et axillaires des lésions suintantes de folliculite. On cesse la Thiocrysine et on met le malade au Psothanol pour essayer de faire disparaître totalement les éléments psoriasiques restants.

Le 17 février, les lésions constatées le 10 sont plus irritées,

il y a presque érythrodérmie. Le *malade* est admis dans le Service, Pavillon Bazin.

Dans les jours suivants, l'érythrodermine se précise, due certainement à la Thiocrysine : suintement abondant, gêne de la marche, mauvais état général, *prurit* intense, fièvre oscillant entre 38 et 39° Les lésions sont très diffuses, mais planes. Le malade reçoit des injections intra-veineuses de Bromure de Strontium pour tenter de soulager son prurit et on lui donne de la théobromine ; localement, axonge pure.

Le 18 mars, l'aspect a changé. Le malade ne s'est pas amélioré, au contraire. Si le prurit a diminué, si la température a baissé et oscille maintenant entre 37 et 38°, par contre les lésions cutanées ont augmenté.

Deux faits sont frappants :

1° *Les lésions sont devenues végétantes.*

2° Elles ont gagné en étendue et occupent presque tous les plis : régions axillaire, pubienne, coudes, fesses et jarrets, racine de la verge, région périanale, nuque : croûtes et lésions disséminées de la face et du cuir chevelu. Toutes ces lésions sont réunies en vastes placards irréguliers, squamo-croûteux, rouges violacés, à bords effrités. En bordure et en dehors du placard, à quelques millimètres, pustulettes de la taille d'une tête d'épingle. A la culture : staphylocoque doré.

Sur les régions guéries, pigmentation brunâtre, la bouche et les muqueuses sont indemmes ; Eosinophilie 25 %.

Un essai d'auto-inoculation en région saine du pus d'une pustulette *donne une nouvelle pustulette qui évolue en quatre à cinq jours, mais ne s'accompagne pas secondairement*

de végétation locale et guérit en 10 jours sans essaimage au voisinage. (Lésion d'auto-inoculation mise sous verre pour éviter le grattage et les contaminations.)

Le malade est mis au traitement préconisé par Sabouraud : l'alcool iodé, et la guérison survient en 1 mois. Le malade a été revu, il y a un mois ; la guérison persiste ; une pigmentation brunâtre persistante des régions atteintes est seule perceptible. Le psoriasis a reparu.

En somme érythrodermie légère médicamenteuse, infection secondaire avec folliculite à staphylocoques, transformation en Pyodermite Végétante, auto-inoculations de proche en proche, guérison rapide par l'alcool iodé.

IX. —CONCLUSIONS

1° Parmi les formes multiples des Pyodermites Végétantes, on peut individualiser sous le nom de pyodermite végétante d'Hallopeau, une infection cutanée d'origine *externe* dont l'agent causal est le staphylocoque, qui se caractérise :

a) par l'existence de *nappes végétantes*, où la lésion élémentaire, d'ailleurs discrète, est visible seulement à la périphérie des placards, dans la zone d'extension, sous forme d'une pustule folliculaire qui se propage de proche en proche par auto-inoculation.

b) par son début par des folliculites.

c par son évolution chronique.

Il s'agit donc d'une dermatose très proche des *sycosis végétants*.

2° Cette dermatose doit être distinguée :

a) De la dermatite polymorphe douloureuse de Duhring-Brocq.

b) Du pemphigus végétant de Neumann, dont les classiques la rapprochaient.

c) De la dermo-épidermite pustuleuse miliaire et érythémato-squameuse nummulaire et en placards à progression centrifuge de Gougerot.

Elle n'a ni l'évolution, ni le pronostic, ni le même

agent causal que ces trois dermatoses et la différenciation s'impose.

3° Au contraire, on peut discuter sa parenté avec d'autres Pyodermites Végétantes : les formes *papillomateuse* et *verruqueuse* décrites par De Azua et Sada, puis par Peyri sous le nom de Pyodermites Végétantes, se rapprochent de la Pyodermite Végétante d'Hallopeau, dont elles peuvent constituer une forme clinique fruste.

4° Les formes de pyodermites tuberculoïdes *humide suintante* et *verruqueuse sèche* décrites par Gougerot, appartiennent au même grand groupe des Pyodermites Végétantes que la maladie d'Hallopeau, mais en diffèrent cliniquement. Cependant, il est possible qu'il y ait des formes de transition, et ces formes sont très voisines de celles décrites par De Azua, Sada et Peyri.

5° La Pyodermite Végétante d'Hallopeau se rapproche au point de vue anatomo-pathologique des Sycosis. Elle en présente les micro-abcès et les réactions épidermiques, elle réagit comme un sycosis au traitement.

6° Elle doit, en définitive, être placée dans le grand groupe des Staphylococcies cutanées végétantes dont elle n'est qu'une forme clinique.

Vu : le Président de la thèse,
GOUGEROT.

Vu : Le Doyen,
ROGER.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLÉTY.

X. — BIBLIOGRAPHIE

1. *Hallopeau.* — Sur une nouvelle forme de dermatite chronique pustuleuse en foyers à progression excentrique (Comptes-rendus du Congrès de Paris, 1889, page 344).
2. *Feulard.* — Deuxième cas de dermatite pustuleuse chronique en foyers (Ibid, page 359.)
3. *Hallopeau.* — Dermatite pustuleuse chronique en foyers à progression excentrique (Atlas International des maladies rares de la peau, 1889, VII : malade décrit par Feulard, cf. nº 2).
4. — Nouvelle étude sur la dermatite pustuleuse en foyers à progression excentrique (Bulletin de la Société de-Dermatologie, 1891 p. 219).
5. *Hudelo et Wickham.* — Dermatite herpétiforme de Dühring, variété pustuleuse et végétante (Soc. Dermat, 1891, p. 444).
6. *Hallopeau.* — Etude comparative sur la Dermatite pustuleuse chronique en foyers à progression excentrique et la Dermatite de Dühring (Soc. Dermat., 1892, p 8).
7. *Hallopeau et Brodier.* — Sur un cas de Dermatite herpétiforme végétante (Annales de Dermatologie, 1894, p. 74).
8. *Hallopeau et Le Damany.* — Sur un 3e cas de Dermatite pustuleuse chronique en foyers à progression excentrique (Soc. Dermat, 1895, p. 8).
9. *Hallopeau et Monod.* — Sur un cas de Dermatite pustu-

leuse chronique en foyers et un cas de Dermatite herpétiforme végétante (Soc. Dermat., 1895, p. 312).

10. *Fordyce.* — Sur un cas sévère de Dermatite herpétiforme présentant plusieurs caractères de l'impétigo herpétiforme (Journal of cutaneous diseases, 1897, p. 495).

11. *Leredde.* — Lésions de la peau et du sang dans la Dermatite d'Hallopeau (Soc. Derm., 1897, p 421).

12. — Rapports de la Dermatite d'Hallopeau, de la Dermatite de Dühring et du Penphigus végétant (Monatsheft für Praktische dermatologie, 1898, p. 391 : analysé dans Annales Dermat., 1899, p. 836).

13. *Hallopeau.* — Pyodermite Végétante : Ihre Bezeihungen zur Dermatitis Herpetiformis und dem Pemphigus vegetans (Archiv. für Dermat. und Syphilis, 1898, p. 289).

14. *Hallopeau.* — Zweite Mitteilung über Pyodermite Végétante ; suppurative form der Neumannschen krankheit. (Arch. f. Dermat., 1898, p. 323 ; analysé Ann. Dermat., 1899, p. 104).

15. — Nouvelle étude sur une forme pustuleuse et bulleuse de la maladie de Neumann (Soc. Dermat., 1898, p. 344).

15. *Leredde.* — Sur une hématodermite d'origine toxique (Soc. Dermat., 1898, p. 391).

17. *Hallopeau et Leredde.* — Traité de Dermatologie, 1900, « Maladie de Neumann », p. 730.

18. *Danlos et Hudelo.* — Pemphigus Végétant (Soc. dermat., 1900, p. 325).

19. *Perrin.* — Dermatite Végétante en placards chez les nourrissons séborrhéiques (Ann. Dermat., 1900, p. 1055).

20. *Hartzell.* — A case of Dermatitis vegetans (J. of Cut. Dis., 1901, p. 465).

21. *Hallopeau.* — Sur une forme bulleuse suppurative et cicatricielle de la maladie de Neumann considéré antérieu-

rement comme un cas d'iodisme (Soc. Dermat., 1901, p. 399).

22. *Brocq*. — Pratique Dermatologique, t. III, p. 784. Article Pemphigus, 1902.

23. *Jamieson*. — Dermatitis vegetans (British Journal of Dermat., 1902, p. 407).

24. *Wende et Degroat*. — Dermatite Végétante (J. of Cut. Dis., 1902).

25. *De Azua et Sada Pons*. — Pseudo-Epitheliomas cutanés (XIV[e] Congrès de Médecine, Madrid, 1903, analysé Ann. Dermat., 1903, p. 745).

26. *Ledermann*. — Sur un cas de maladie de Hallopeau (Congrès de Berlin, 1904, p. 544).

27. *Bozzelini*. — Dermatite chronique verrucoïde circonscrite des mains (Giorn. Ital. della Mal. Ven., 1905, p. 538 ; analysés Ann. Dermat., 1906, p. 814).

28. *Corlet*. — Dermatite Végétante (British J. Med., 1906, p. 846 ; analysé Ann. Dermat., 1907, p. 432).

29. *Gaucher et Malloisel*. — Maladie de Hallopeau (Pyodermite Végétante) (Soc. dermat., 1907, p. 431).

30. *Gaucher*. — Leçons sur la Pyodermite Végétante (Gazette des Hôpitaux, 1906, p. 1432).

31. *Puzey*. — Vegetating Dermatoses, with report of two cases (J. of Cut. Dis., 1906, p. 555).

32. *Fordyce et Gottheim*. — La Dermatite Végétante dans ses rapports avec la Dermatite Herpétiforme (J. of Cut. Dis., 1906, p. 543 ; analysé Ann. Dermat., 1907, p. 348).

33. *Ferrand*. — Pemphigus végétant bénin (Ann. Dermat., 1907, p. 254).

34. *Constantin*. — Dermatite polymorphe et Pemphigus Végétant (Ann. Dermat., 1907, p. 641).

35. *Brocq*. — Article Maladie de Hallopeau (Dermatologie Pratique, 1908, t. II, p. 864).

36. *Crocker et Pernet*. — Pustular Veget. Derm. (Royal Society Dermat. 18 1908, 18 v. I).

37. — Pyodermite Végétante de Hallopeau (Roy. Soc., 1909, 18. II. British J., 1909).

38. *Gaucher*. — Article maladie de Hallopeau (Traité de médecine de Gilbert et Carnot. 1909, t. XIV, p. 103).

39. *De Azua*. — Pyodermitis cronica vegetans papulomatosa (Actas D. S., 1910, n° 5).

40. — Dermatites Papillomateuses Végétantes (Actas D. S., 1911, t. I, p. 319).

41. — Pyodermite Végétante post-impétigineuse (Actas D. S., 1911, I, p. 429 ; analysé Ann. Dermat. 1913, p. 245).

42. *Gaucher, Gougerot et Dubosc*. — Pyodermite impétigineuse verruqueuse (Soc. Dermat., 24 avril 1911, p. 139).

43. *Brocq et Francon*. — Cas de Pemphigus Végétant (Bulletin Soc. Dermat., 1912, p. 230).

44. *Pernet*. — Dermatite pustuleuse récidivante (J. off. Cut. Dis., 1912, p. 517 ; analysé Ann. dermat., 1914-1915, p. 163).

45. *Gougerot*. — Infections chroniques froides dues à des bactéries pyogènes (Journal des Praticiens, 12 octobre 1912, n° 41, p. 641).

46. — Affections tuberculoïdes dues à des bactéries pyogènes (Congrès de Rome 1912, p. 199 et 205 et in Progres Médical, 18 et 28 mai 1912, n^{os} 20 et 21, p. 245 et 247).

47. *Brocq, Fernet et Francon*. — 2^{e} présentation d'un cas de Pemphigus végétant très amélioré par un érysipèle (Soc. Dermat., 1913, p. 65).

48. *Ledo*. — Pyodermite chronique végétante papillomateuse

(Actas D. S. 1913, p. 111 ; analysé Ann. dermat., 1916-1917, p. 164).

49. *Fage.* — Séquelles de l'impétigo et de l'ecthyma : papillomatoses post-impétigineuses (Bulletin médical de l'Algérie, 25 mars 1914).

50. *Gougerot.* — Complications cutanées des plaies de guerre (Journal Médical Français décembre 1919).

51. *Gougerot.* — Dermo-épidermite pustuleuse miliaire et erythématosquameuse nummulaire en placards à progression centrifuge (Ier Congrès des Dermatologistes de langue française, Paris, 6 juin 1922, p. 172).

52. *Fischl.* — Sur une Dermatite Végétante à petites pustules (Arch. für D. und S. 1922, p. 154 ; avec bibliographie ; analysé Ann. Derm., 1923, p. 623).

53. *Gougerot.* — La Dermatologie en clientèle (3e édition, 1922). Les Pyodermites Végétantes (p. 327 et 355).

54. *Artom.* — Etude de la Dermatite Staphylogène Végétante (Giorn. Ital. della pelle, février 1923, p. 43 ; analysé Ann. Dermat., 1924, p. 183 et 1925, p. 154).

55. *Versari.* — Pyodermite Végétante de Hallopeau (Riforma Med., 20 août 1924, p. 795).

56. *Bazzoli.* — Contribution à l'étude de la Pyodermite Végétante (Persiero Med., 20 novembre 1924, p. 580).

57. *Krzywanski.* — Przelad dermat., 1924 p. 546 ; analysé Ann. Dermat., 1927, p. 509.

58. *Tschernoguloff.* — Sur la Pyodermite Végétante (Arch. für D. und S., 1925, p. 76 ; analysé Ann. Dermat., p. 569).

59. *Artom.* — Sur la Dermatite Végétante (Giornale Ital. D. S., 1925, p. 1338 ; analysé Ann. Dermat., 1927, p. 59).

60. *Grütz.* — Pyodermia Vegetans (Tagung der Nord-West derm., 18 avril 1926).

61. *Oliver O. Finnerud.* — Pyodermia and Dermatitis vegetans (Chicago Dermat. Society, 17 février 1926).

62. *Peyri.* – Contribution à la connaissance des Pyodermites Végétantes (C. R. du 3e Congrès des Dermatologistes de langue française, Bruxelles, 1926, p. 91, et Bruxelles Médical, 1926, p. 216).

63. *Milian.* — Pyodermite Végétante (Société Dermat., 1926, p. 727).

64. *Artom.* — Nouvelle contribution à l'étude des Dermatites Staphylogènes Végétantes (Gior. Ital. di Derm., 1925, p. 1338 ; analysé Ann. Dermat., 1927, p. 59).

65. *Milian.* — Pyodermite Végétante (Revue Française de Dermatologie et Vénéréologie, 1927, p. 209).

66. *Christie.* — Cases of Dermatites Vegetans (Canada M. A. J., 84, 86, janvier 1927).

67. *Peyri.* — Un cas de Pyodermite Végétante chez un nourrisson (Arch. de Medecina, 3 septembre 1927, p. 262).

68. *Bernucci.* — Considérations sur un cas de Pemphigus bénin évoluant finalement vers la Pyodermite Végétante de Hallopeau (Giorn. Ital. D., 1927, p. 1408).

69. *Sabouraud.* — Iconographie de la pustule staphylococcique (Ann. de Dermat., 1925, p. 353 et 417, 1926, p. 1, 129, 403).

70. — Maladies du cuir chevelu. Pyodermites et Eczémas, t. IV, 1928. Articles sycosis des régions glabres, sycosis des extrémités, (p. 75 et suivantes).

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
Historique	11
Etude analytique de la Pyodermite Végétante	17
I. — Etude clinique et évolution	17
II. — Etiologie et Bactériologie	25
III. — Anatomie pathologique	27
IV. — Formes cliniques :	
Forme infantile	32
Formes de De Azua-Gougerot-Peyri	33
V. — Diagnostic	43
VI. — Pathogénie et place nosologique	52
VII. — Traitement	57
VIII. — Observations	61
IX. — Conclusions	111
X. — Bibliographie	113

8536. — Impr. spéciale de la Libr. Le François, 91, Bd. St-Germain. Paris. — 11-1928